

Risikomanagement im Gesundheitswesen – Eine ökonomische Nutzen-Analyse unter Einbezug der Haftpflichtversicherungsprämien

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades
eines Doktors der Wirtschaftswissenschaften
(Dr. rer. pol.)

durch die Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der
Universität Duisburg - Essen
Campus Essen

Essen 2011

vorgelegt von: **Lümmer, Dorothee Rose**
(geb. in Mülheim an der Ruhr)

Disputation: **09. März 2011**

Erstgutachter: **Prof. Dr. Jürgen Wasem**
Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl
für Medizinmanagement,
Universität Duisburg-Essen

Zweitgutachter: **Prof. Dr. Rainer Elschen**
Lehrstuhl für Finanzwirtschaft und Banken
Universität Duisburg-Essen

A. Inhaltsverzeichnis

A. Inhaltsverzeichnis	II
B. Abbildungsverzeichnis	VII
C. Tabellenverzeichnis	X
D. Abkürzungs- und Akronymverzeichnis	XII

1. Einführung

1.1. Intention zu vorliegender Arbeit und Einblick in die aktuelle Diskussion	1
1.2. Aufbau der vorliegenden Arbeit	3

2. Grundlagen zu Risikomanagement im Gesundheitswesen

2.1. Begriffliche Grundlagen	5
2.1.1. Allgemeine Abgrenzungen	5
2.1.1.1. Fehler	5
2.1.1.2. Schaden	8
2.1.1.3. Risiko	9
2.1.2. Spezifische Abgrenzungen	11
2.1.2.1. Risikomanagement und Risikomanagementsystem	11
2.1.2.2. Klinisches Risikomanagement	13
2.2. Theoretische Aspekte	15
2.2.1. Theorie von Heinrichs Gesetz	15
2.2.2. Eisbergmodell	16
2.2.3. Swiss-cheese-model	17
2.2.4. Threat and error model	18
2.3. Die Entwicklung von Risikomanagement	20
2.4. Der Risikomanagementprozess	22
2.4.1. Risiko-Strategie/ -Politik/ -Ziele	23
2.4.2. Risiko-Kultur/ -Bewusstsein	23
2.4.3. Risiko-Koordination	23
2.4.4. Risiko-Ablauf	24
2.4.4.1. Risiko-Identifikation/ -Erkennung	24
2.4.4.2. Risiko-Bewertung/ -Beurteilung	25
2.4.4.3. Risiko-Beschreibung	26
2.4.4.4. Risiko-Bewältigung/ -Handhabung	26
2.4.4.5. Risiko-Controlling/ -Überwachung	28
2.4.5. Risiko-Kommunikation/ -Dokumentation	28

2.5. Einsatz von Instrumenten	29
2.5.1. Risiko-Instrumente der empirischen Analyse	29
2.5.1.1. Critical Incident Reporting System (CIRS)	29
2.5.1.2. Die Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse (FMEA)	31
2.5.1.3. Analyse von Schadensfallstatistiken, Komplikationsraten	36
2.5.1.4. Risikoanalyse mit Risikoprofil und Maßnahmenkatalog	36
2.5.1.5. Beschwerdemanagement/ Patientenzufriedenheitsbefragungen	37
2.5.1.6. Prozess-/Pfadmanagement	38
2.5.2. Weitere Risiko-Instrumente	39
2.5.2.1. Risk Map	39
2.5.2.2. Pareto-Prinzip	40
2.5.2.3. Root Cause Analysis	40
2.5.2.4. Brainstorming	41
2.5.2.5. Ishikawa-Diagramm	41
2.5.2.6. Fehlerbaumanalyse	42
2.5.2.7. Risikoatlas	43
2.5.2.8. Szenariotechnik	44
2.5.2.9. Best Practice	46
2.5.3. Spezielle Risikoinstrumente im Krankenhaus	46
2.5.3.1. Vier-Augen-Prinzip	46
2.5.3.2. Computergestützte Arzneimittelversorgung	47
2.5.3.3. Mindestmengen als Qualitätsindikator	49
2.5.3.4. Armbänder zur Patientenidentifikation	50
2.6. Risikomanagement und Qualitätsmanagement	51
2.7. Risikomanagement im internationalen Vergleich	54
 3. Risikomanagement im Krankenhausalltag	
3.1. Strukturelle Rahmenbedingungen	59
3.1.1. Fehlerkultur	59
3.1.2. Kommunikationsmängel	61
3.1.3. Schnittstellenproblematik	62
3.1.4. Hierarchie	62
3.1.5. Veränderungsbereitschaft	63
3.1.6. Transparenz	64
3.1.7. DRG-System	64

6. Beeinflussbarkeit der Versicherungsprämien durch Risikomanagement

- Die empirische Analyse

6.1. Hypothesenbildung	98
6.2. Datenerhebungsmethode	100
6.3. Methoden der Datenanalyse- Beschreibung des vorliegenden Datenmaterials	102
6.3.1. Auswertung allgemeiner Informationen zur Stichprobenstruktur	102
6.3.1.1. Trägerstruktur in der Stichprobe	102
6.3.1.2. Bundeslandstruktur der Stichprobe	103
6.3.2. Beschreibung der Angaben zum Risikomanagement	105
6.3.2.1. Wird Risikomanagement durchgeführt?	105
6.3.2.2. Welche Risikomanagement-Maßnahmen werden umgesetzt?	105
6.3.2.3. Wie umfassend wird Risikomanagement durchgeführt?	106
6.3.2.4. Wann wurde Risikomanagement eingeführt?	107
6.3.2.5. Wird Risikomanagement dauerhaft durchgeführt oder handelt es sich um ein zeitlich begrenztes Projekt?	108
6.3.2.6. Wie lange wird Risikomanagement bei dauerhafter Durchführung eingesetzt?	108
6.3.3. Beschreibung der Angaben zu Haftpflichtversicherung, Haftpflichtversicherungsprämien und Bettenentwicklung	110
6.3.3.1. Liegt eine Haftpflichtversicherung vor?	110
6.3.3.2. Grundlage der Prämienberechnung	110
6.3.3.3. Prämienentwicklung insgesamt aller Krankenhäuser der Stichprobe	111
6.3.3.4. Prämienentwicklung pro Bett aller Krankenhäuser der Stichprobe	111
6.3.4. Zusammenfassung der Repräsentativität	112
6.4. Methoden der Datenanalyse - Analyse des vorliegenden Datenmaterials	113
6.4.1. Entwicklung der Haftpflichtversicherungsprämien	114
6.4.2. Entwicklung der Prämien nach Einführung des Risikomanagements	117
6.4.3. Vergleich der Entwicklung der Prämien pro Krankenhaus	119
6.4.4. Differenzierte Betrachtung der Entwicklung nach Einführung von Risikomanagement	124
6.4.4.1. Entwicklung nach Einführung des Risikomanagements getrennt nach Träger	124

6.4.4.2.	Entwicklung nach Einführung des Risikomanagements getrennt nach Prämienbasis	126
6.4.4.3.	Entwicklung nach Einführung des Risikomanagements getrennt nach Vorliegen einer gynäkologischen Abteilung	129
6.4.5.	Weiterentwicklung der Prämien	131
6.5.	Diskussion der Ergebnisse	132
E.	Eidesstattliche Versicherung	XV
F.	Quellenverzeichnis	XVI
G.	Anhang	XXV
-	Betten- und Prämienentwicklung (inkl. Risikomanagement- Einführungszeitpunkt) je Krankenhaus der Studie	
-	Anschreiben und Fragebogen Studie I 2007	
-	Anschreiben und Fragebogen Studie II 2008	

B. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	aktive und passive Fehler	5
Abbildung 2	unsichere Handlungen	6
Abbildung 3	aktive und latente Fehler	7
Abbildung 4	Fehler im Arzneimittelbereich	7
Abbildung 5	Schaden	8
Abbildung 6	Risiko im engeren und weiteren Sinne	9
Abbildung 7	struktur-, prozess- und ergebnisbedingte Risiken	9
Abbildung 8	Primär- und Sekundärrisiken	10
Abbildung 9	Risiken nach Unternehmensebenen	10
Abbildung 10	Risikomanagementsystem nach Unternehmensebenen	12
Abbildung 11	Elemente des Risikomanagementsystems	13
Abbildung 12	Klinisches Risikomanagement	14
Abbildung 13	Heinrichs Gesetz	16
Abbildung 14	Der Eisberg	17
Abbildung 15	swiss-cheese-model	18
Abbildung 16	threat and error model	19
Abbildung 17	Der Risikomanagement-Prozess	22
Abbildung 18	Risiko-Portfolio	26

Abbildung 19	Das FMEA-Formblatt	32
Abbildung 20	Ishikawa- oder Ursache-Wirkungs-Diagramm	42
Abbildung 21	Symbolik der Fehlerbaumanalyse	43
Abbildung 22	Zusammenhang von Qualitäts- und Risikomanagement	53
Abbildung 23	Gründe für die schlechte Fehlerkultur im Krankenhaus	60
Abbildung 24	Entwicklung der Anzahl der Krankenhausmitarbeiter	66
Abbildung 25	Entwicklung der Krankenhausfälle	66
Abbildung 26	Entwicklung der Krankenhausbetten	92
Abbildung 27	Entwicklung der Krankenhausfälle	92
Abbildung 28	Durchschnittliche Bettenprämie und Behandlungsfälle der Ecclesia-Studie	93
Abbildung 29	Entwicklung der Prämie (aller Krankenhäuser kumuliert) der Stichprobe 1997-2006	111
Abbildung 30	Entwicklung der Prämie je Bett 1997-2006	112
Abbildung 31	Boxplots der relativen Prämien in Abhängigkeit vom Zeitabstand zum Einführungsjahr	116
Abbildung 32	Boxplots der relativen Prämien in Abhängigkeit vom Zeitabstand zum Einführungsjahr nach der Einführung von Risikomanagement	118
Abbildung 33	Entwicklung der relativen Prämie nach Einführung mit LOWESS-Funktion	119

Abbildung 34	Boxplots der Steigungen der relativen Prämien der Häuser die mindestens zwei Prämien vor und zwei Prämien nach der Einführung des Risikomanagements angegeben haben	122
Abbildung 35	Boxplots der Steigungen der relativen Prämien der Häuser die Risikomanagement 2005 eingeführt haben	123
Abbildung 36	Boxplots der relativen Prämien in Abhängigkeit vom Träger und vom Zeitabstand zum Einführungsjahr	125
Abbildung 37	Boxplots der relativen Prämien in Abhängigkeit von der Prämienbasis und vom Zeitabstand zum Einführungsjahr	128
Abbildung 38	Boxplots der relativen Prämien in Abhängigkeit und von gynäkologischer Abteilung und vom Zeitabstand zum Einführungsjahr	130
Abbildung 39	Lineare Regressionsgerade	131

C. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	menschliche Fehlerraten bei ausgewählten Tätigkeiten	20
Tabelle 2	Qualitäts- und Risikokategorien	54
Tabelle 3	Schadensquoten der Versicherer	89
Tabelle 4	Wer ist der Träger des Hauses?	103
Tabelle 5	In welchem Bundesland liegt das Krankenhaus?	104
Tabelle 6	Wird Risikomanagement durchgeführt?	105
Tabelle 7	Häufigkeiten der Maßnahmen	106
Tabelle 8	Wie umfassend wird Risikomanagement durchgeführt?	107
Tabelle 9	Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement	107
Tabelle 10	Wird Risikomanagement dauerhaft durchgeführt?	108
Tabelle 11	Dauer der Durchführung von Risikomanagement im gesamten Krankenhaus in Jahren	109
Tabelle 12	Liegt eine Haftpflichtversicherung vor?	110
Tabelle 13	Auf welcher Basis werden die Prämien berechnet?	110
Tabelle 14	Ergebnisse der Kovarianzanalyse im Rahmen der Repräsentativität	113
Tabelle 15	Deskription der Prämien (% von Prämie des Einführungsjahres)	115
Tabelle 16	Deskription der Prämien (% von Prämie des Einführungsjahres) nach Einführungsjahr	117

Tabelle 17	Ergebnisse der Regressionsanalyse – geschätzte Steigungen pro Krankenhaus	120
Tabelle 18	Deskription der Steigungen vor und nach Einführungsjahr sowie ihrer Differenz	121
Tabelle 19	Deskription der Steigungen vor und nach Einführungsjahr sowie ihrer Differenz	123
Tabelle 20	Deskription der Prämien (% von Prämie des Einführungsjahres) nach Einführungsjahr getrennt nach Träger	124
Tabelle 21	Ergebnisse der Regressionsanalyse für die Daten der Häuser getrennt nach Träger	126
Tabelle 22	Deskription der Prämien (% von Prämie des Einführungsjahres) nach Einführungsjahr getrennt nach Prämienbasis	127
Tabelle 23	Ergebnisse der Regressionsanalyse auf Bettenbasis und auf Basis der Behandlungsfälle	128
Tabelle 24	Deskription der Prämien (% von Prämie des Einführungsjahres) nach Einführungsjahr getrennt nach gynäkologischer Abteilung	129
Tabelle 25	Ergebnisse der Regressionsanalyse für die Daten der Häuser mit und ohne gynäkologischer Abteilung ja/nein	130
Tabelle 26	Ergebnisse der Regressionsanalyse	132

D. Abkürzungs- und Akronymverzeichnis

Abb.	-	Abbildung
ASRS	-	Aviation Safety Reporting System
ÄrzteG	-	Ärztegesetz
AktG	-	Aktiengesetz
Az.	-	Aktenzeichen
BGB	-	Bürgerliches Gesetzbuch
BQS	-	Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
bspw.	-	beispielsweise
bzw.	-	beziehungsweise
BV	-	Bundesverfassung
ca.	-	circa
CIRS	-	Critical Incident Reporting System
Diff.	-	Differenz
DIN	-	Deutsches Institut für Normung
DRG	-	Diagnosis Related Group
€	-	Euro
EFQM	-	European Foundation for Quality Management
EN	-	Europäische Norm
et al.	-	et alii/ et aliae/ et alia (und andere)
etc.	-	et cetera
e.V.	-	eingetragener Verein
f	-	folgende
ff	-	fortfolgende
FMEA	-	Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse
GmbHG	-	Gesetz betreffend die Gesellschaften mit beschränkter Haftung
HGB	-	Handelsgesetzbuch
HGrG	-	Haushaltsgrundsätzegesetz
ID	-	Identifikationsnummer
IDW	-	Institut der Wirtschaftsprüfer
ISO	-	International Organization for Standardization
i.S.v.	-	im Sinne von
IOM	-	Institute of Medicine
JACHO	-	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
Knie-TEP	-	Knietotalendoprothese
KonTraG	-	Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich
KTQ	-	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen

LG	-	Landgericht
LOSA	-	Line Operations Safety Audit
LRH	-	Landesrechnungshof
MDK	-	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MERS	-	Medical Error Reporting System
Max	-	Maximum
Min	-	Minimum
Mio.	-	Millionen
Mittel	-	Mittelwert
Mrd.	-	Milliarden
N	-	Anzahl
NASA	-	National Aeronautics and Space Administration
NHS	-	National Health Service
NPSA	-	National Patient Safety Agency
Nr.	-	Nummer
NRLS	-	National Reporting and Learning System
NTSB	-	National Transportation Safety Board
o.ä.	-	oder ähnliches
OLG	-	Oberlandesgericht
ONR	-	Österreichische Norm/Regel für Risikomanagement
ON-Regel	-	Österreichische Norm/Regel für Risikomanagement
OP	-	Operation
pCC	-	proCumCert
Perz.	-	Perzentil
RFID	-	Radio Frequency Identification
RPZ	-	Risikoprioritätszahl
s.	-	siehe
S.	-	Seite
SDA	-	Standardabweichung
SGB V	-	Sozialgesetzbuch V
u.a.	-	unter anderen/unter anderem
US	-	United States
U.S.A	-	United States of America
u.v.a.m	-	und viele andere mehr
v.a.	-	vor allen/vor allem
VA	-	Verfahrensanweisung
Vgl./vgl.	-	vergleiche

VVG	-	Versicherungsvertragsgesetz
z.B.	-	zum Beispiel
zzgl.	-	zuzüglich

1. Einleitung

1.1 Intention zu vorliegender Arbeit und Einblick in die aktuelle Diskussion

Risikomanagement im Gesundheitswesen ist mittlerweile zu einem elementaren Bestandteil der Fehlerreduzierung und -vermeidung geworden. Die sich daraus ableitende These, dass der Einsatz von Risikomanagement-Instrumenten die Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen vermindert, ist in der aktuellen Diskussion unumstritten. Die aus der Expertenmeinung der Literatur abgeleitete These besagt, dass umfassendes und nachhaltiges klinisches Risikomanagement die Schadenshöhe/-häufigkeit beeinflusst.^{1 2 3}

Somit stellt sich in wirtschaftlich immer schwierigeren Zeiten die Frage nach dem ökonomischen Nutzen eines umfassenden Risikomanagement-Systems. Die Vermeidung von Fehlern beinhaltet die Vermeidung von Schäden und deren Folgen. Das heißt, dass die Folgekosten, die bei Eintritt unerwünschter Ereignisse auftreten, verhindert werden. Das sind zum Beispiel Kosten durch Doppel-, Mehr- oder Nacharbeit, wenn eine Handlung nicht wie geplant ausgeführt wird. Das können aber auch erhebliche Kosten im Rahmen der Diagnostik, Therapie und Medikation sein, wenn ein Fehler im Krankenhaus entsteht. Zusätzlich können Kosten bei Rechtsstreitigkeiten und bei Forderungen nach Schadensersatz entstehen, die in den vergangenen Jahren stetig gestiegen sind. Drei entscheidende Urteile des LG München (2001 – Az. 19 O 8 647/00), des LG Würzburg (2001 – Az. 22 0713/99) und des OLG Hamm (2002 – Az. 3Ü 156/00) sprachen jeweils erstmals Schmerzensgelder über 500.000 Euro zu. Allein aus diesem Grund wird die Höhe der Aufwendungen weiter zunehmen. Das heißt, dass die Einsparungen dieser Kosten bereits den ökonomischen Gewinn ausmachen, abzüglich der anfallenden Kosten bei der Einführung des Risikomanagements – diese ergeben sich aus den notwendigen Veränderungen in struktureller, aber auch in personeller Hinsicht (siehe Kapitel 3). Die Messbarkeit dieses monetären Vorteils ist jedoch nicht abschließend darzustellen, da nach der Einführung von Risikomanagement die Zahl der eingesparten Vorfälle nicht exakt benannt werden kann und auch nicht die etwaigen Folgekosten aufgestellt werden können. Aus diesem Grund ist es wichtig, eine Messgröße abzuleiten, die den monetären Benefit ökonomisch darstellen kann. Daher beinhaltet diese Arbeit eine empirische Analyse zur Entwicklung der Haftpflichtversicherungsprämien in deutschen Krankenhäusern vor und nach der Einführung von Risikomanagement.

¹ Vgl. (Martin 2000) S. 922

² Vgl. (Petry 2007) S. 19

³ Vgl. (Ludwig 2008) S. 150

Die Argumentation leitet sich wie folgt ab: Beeinflusst die Einführung von Instrumenten im Rahmen des Risikomanagements die Fehlerhäufigkeit, entsteht im Zuge dessen auch eine Schadensreduktion. Diese Schadensreduktion führt zu verminderten Folgekosten, gegen die sich der Großteil der deutschen Krankenhäuser im Rahmen der Haftpflichtversicherung abgesichert hat. Diese Absicherung berücksichtigt neben anderen Faktoren auch die Schadenshäufigkeit der Vergangenheit in der Kalkulation der zu zahlenden Prämie. Sollte die Schadensfrequenz sinken, müsste diese Auswirkung von Risikomanagement auch wiederum Auswirkung auf die Haftpflichtversicherungsprämie haben. Die Prämie müsste sinken und einen ökonomisch-monetären Vorteil aus dem Einsatz der Risikomanagement-Instrumente sichtbar machen. Die Hypothese der folgenden empirischen Analyse stützt sich demnach zum einen auf die vorangegangene Argumentation und zum anderen auf Ankündigungen aus der Literatur. Es gibt Expertenmeinungen, die diesen Einspareffekt im Rahmen der Versicherungsprämie bereits angeführt haben.

Perty spricht in einem Artikel über Risikomanagement als Schadensprophylaxe aus Sicht eines Versicherers davon, dass „Risikomanagement (...) schon deshalb dringend notwendig ist, damit Krankenhäusern (...) in Zukunft Versicherungsschutz zu akzeptablen Versicherungsprämien zur Verfügung gestellt werden kann. Inzwischen machen viele Versicherer die Abgabe eines Angebotes von der Frage abhängig, ob entsprechende Systeme bestehen, bzw. bewerten diese Fragestellung im Rahmen der Kalkulation der Versicherungsprämie. Das Fehlen entsprechender Maßnahmen und Konzepte führt in der Prämienkalkulation unmittelbar zu einer höheren Prämie“⁴.

Kahla-Witzsch stellt dar, dass Krankenhäuser besser versicherbar sind, „wenn Sie ein Risikomanagementsystem nachweisen können. Dies äußert sich in einer Prämienreduktion, bzw. Versicherbarkeit“⁵.

Reucher/Bondong weisen in einem Aufsatz über die praktische Umsetzung eines Risk Managements aus Sicht eines Krankenhauses darauf hin, dass „durch die Einführung eines Risikomanagements die Basis für Prämiensenkungen geschaffen werden soll“⁶.

Auch Koller/von Langsdorff beschreiben bei der Darlegung der Notwendigkeit des Risikomanagements, dass Versicherer günstigere Prämien für Versicherungsnehmer anbieten, die ein anerkanntes Risikomanagement-System betreiben.⁷

Gausmann, Leiter der Gesellschaft für Risiko-Beratung, einer Tochter des Ecclesia-Versicherungsmaklers, betont, dass möglicherweise zumindest eine Erhöhung der

⁴ (Petry 2007) S. 197-198

⁵ (Kahla-Witzsch 2005) S. 42

⁶ (Reucher and Bondong 2003) S. 183

⁷ Vgl. (Koller and von Langsdorff 2005) S. 3

Prämie abgewendet werden kann, wenn systematisches Risikomanagement im Krankenhaus eingesetzt wird.⁸

Ulsenheimer spricht davon, dass „sich mit einem kontrollierten Risk Management die Schäden reduzieren und damit auch die Prämien der Haftpflichtversicherung wieder herunter gefahren werden“⁹ können.

Die Ärzte-Zeitung titelt am 03.02.2004, dass Kliniken mit Risikomanagement Geld sparen und „Krankenhäuser mit niedriger Fehlerquote geringere Versicherungsprämien aushandeln können“¹⁰.

Die Intention der vorliegenden Arbeit ist es demnach, diese Expertenmeinung zu überprüfen und die Leitfrage, dass die Einführung von klinischem Risikomanagement die Haftpflichtversicherungsprämie reduziert, bzw. zumindest deren Anstieg verhindert, zu verifizieren oder zu falsifizieren.

1.2 Aufbau der vorliegenden Arbeit

Der Beginn dieser Arbeit bildet zunächst eine Einführung in die Grundlagen des Risikomanagements. Neben den begrifflichen Abgrenzungen werden theoretische Aspekte und die historische Entwicklung von Risikomanagement angesprochen. Es folgt die Auseinandersetzung mit dem Risikomanagement-Prozess und die Vorstellung einzelner Risikomanagement-Instrumente. Abschließend wird neben der gemeinsamen Betrachtung von Qualitäts- und Risikomanagement, letzteres im internationalen Vergleich eingeordnet. Es schließt sich dann in Kapitel 3 die Betrachtung von Risikomanagement im Krankenhaus an. Es gibt sowohl personelle, als auch strukturelle, sowie legistische Rahmenbedingungen, die die Umsetzungen bedingen. Abschließend erfolgt eine Bewertung von Risikomanagement und dessen Wirkung.

In Kapitel 4 wird der zweite wichtige Baustein dieser Arbeit betrachtet, der haftungsrechtliche Aspekt. Nach einer Einführung in das Haftungsrecht werden spezielle Haftungsrisiken im Krankenhaus dargelegt. Anschließend erfolgt in Kapitel 5 ein Blick auf die Haftpflichtversicherung für Krankenhäuser. Es wird die Schadensfallentwicklung und deren Auswirkung im deutschen Gesundheitswesen thematisiert. Dann werden vorbereitend auf die empirische Analyse und als Abschluss des einführenden Teils die Grundlagen zur Haftpflichtversicherung, die Versichererlandschaft und die Besonderheiten der Haftpflichtversicherungsprämie vorgestellt. Ebenso werden Alternativen zum herkömmlichen Versicherungsschutz dargelegt.

⁸ Vgl. (Gaede and Gausmann 2007) S. 4

⁹ (Ulsenheimer 2003) S. 476

¹⁰ (Beneker 2004)

Dann folgt im Kapitel 6, der zweite Teil dieser Arbeit, die empirische Analyse zur Fragestellung dieser Arbeit (siehe Kapitel 1.1.). Nach der Auseinandersetzung mit der Hypothese und der Vorstellung der Datenerhebungsmethode erfolgt die Datenanalyse. Zunächst wird das vorliegende Datenmaterial beschrieben und monovariat betrachtet. Die Variablen werden nach Häufigkeiten ausgewertet und graphisch dargestellt. Es folgt im Sinne der deskriptiven Statistik die Auseinandersetzung mit adäquaten Mittelwerten und mit der Fragestellung nach der Repräsentativität der Stichprobe. Nach diesem beschreibenden Teil des Datensatzes erfolgt die Analyse der Daten, in der insbesondere die Entwicklung der Prämie nach Einführung von Risikomanagement dargelegt wird. Ebenso wird die Entwicklung der Prämien über den Erhebungshorizont hinaus prognostiziert. Abschließend erfolgen eine Zusammenfassung der Ergebnisse, die Diskussion und ein Rückbezug auf die Leitfrage dieser Arbeit:

**Beeinflusst klinisches Risikomanagement die
Haftpflichtversicherungsprämie im Krankenhaus?**

2. Grundlagen zu Risikomanagement im Gesundheitswesen

2.1 Begriffliche Grundlagen

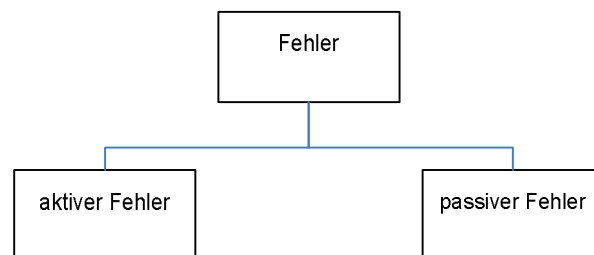
2.1.1 Allgemeine Abgrenzungen

2.1.1.1 Fehler

Im Bereich des Fehlers, des Schadens, des Risikos und des Risikomanagements existiert eine sehr große Verständnisvielfalt der einzelnen Begriffe, die sich in viele Unterbegriffe aufschlüsseln, deren Bedeutung nicht immer kongruent verwandt wird. Daher muss vorab geklärt werden, welche Definitionen im Folgenden Geltung finden. Auch die Beziehungen der einzelnen Begriffe zueinander soll dargestellt werden.

Der Fehler ist in der DIN EN ISO 9000:2005 unter Nr. 3.6.2 als die Nichterfüllung einer Anforderung definiert, letztere als Erfordernis oder Erwartung, das oder die festlegt, üblicherweise vorausgesetzt oder verpflichtend ist. (DIN EN ISO 9000:2005 Nr. 3.1.2) Wesentlich detaillierter geben Rall et al. die, nach Galzinski/Wiedensohler im deutschen Sprachraum allgemein akzeptierte¹¹, Fehlerdefinition wieder. Dort heißt es: „Ein Fehler [...] ist [...] definiert als eine nicht beabsichtigte, oft auch nicht erwartete negative Reaktion auf eine bewusst oder unbewusst ausgeführte oder unterlassene Maßnahme“¹². Hier ist demnach auch, neben dem aktiven Handeln, der Fehler durch Nicht-Handeln eingeschlossen.

Abbildung 1: aktive und passive Fehler



Quelle: selbst erstellt

Dezidiert kann der (ärztliche) Behandlungsfehler definiert werden. Hierbei handelt es sich um einen Fehler auf Grund mangelnder Sorgfalt, der häufig mit einem Regelverstoß einhergeht und einen Schadensersatz des Patienten begründet. In diesem Fall ist die haftungsrechtliche Komponente entscheidend. Nicht jeder Fehler ist ein im juristischen Sinne relevantes Fehlverhalten.¹³

¹¹ Vgl. (Galzinski and Wiedensohler 2004) S. 55

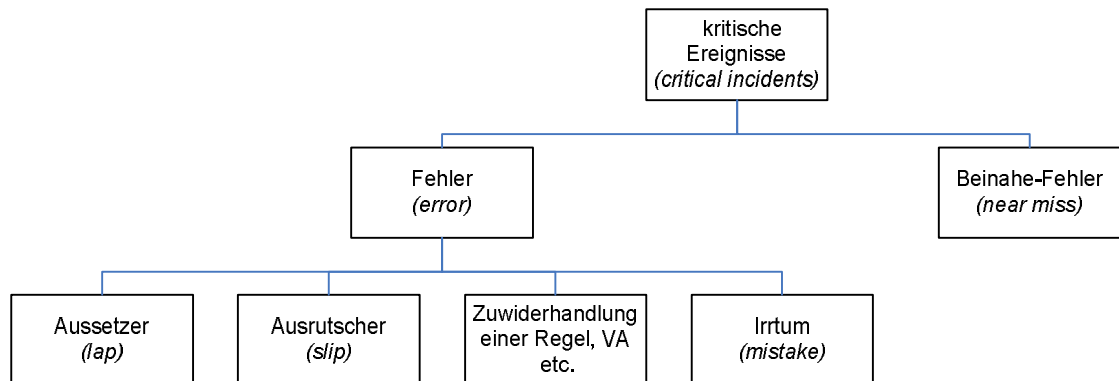
¹² (Rall et al. 2001)

¹³ Vgl. (Galzinski and Wiedensohler 2004) S. 56

Ebenfalls entscheidend ist im Gesundheitswesen, insbesondere im Hinblick auf das Risikomanagement, der Beinahefehler - ein Fehler, bei dem das Fehlverhalten rechtzeitig erkannt wird und unerwünschte Folgen vereitelt werden können, die bei Auftreten als tatsächlicher Fehler eingetreten wären.

Bevor die Unterbegriffe des Fehlers weiter dargestellt werden, wird zunächst ein Schema eingefügt, das die Aufteilung von kritischen Ereignissen wiedergibt.

Abbildung 2: unsichere Handlungen



Quelle: selbst erstellt

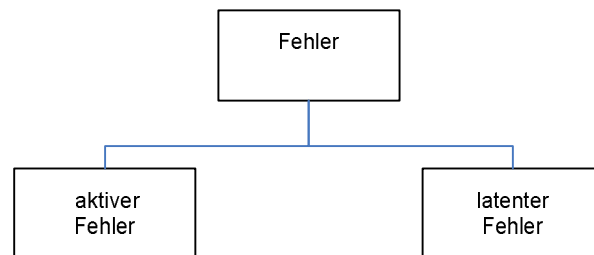
Aus diesem Schaubild wird ersichtlich, dass es verschiedene Arten von Fehlern gibt. Ein Fehler kann auf einem Gedächtnisdefizit beruhen, woraufhin die Handlung nicht wie ursprünglich geplant ausgeführt wird. In diesem Fall spricht man von einem Aussetzer. Ebenso kann der Fehler auf einem Verständnisdefizit beruhen, woraufhin die Handlung ebenfalls nicht wie geplant ausgeführt wird, der Ausrutscher. In beiden Fällen geschieht die falsche Ausführung der geplanten Handlung unbewusst. Anders bei der Zu widerhandlung gegen eine Regel o.ä., in diesem Fall wird die Handlung ebenfalls nicht wie geplant ausgeführt, mit dem Unterschied, dass dies dem Ausführenden bewusst ist. Das impliziert nicht direkt, dass auch die Folgen dem Ausführenden bewusst sind. Die letzte Unterkategorie sind die Irrtümer. In diesen Fällen wird die Handlung wie geplant ausgeführt, aber die zuvor vollzogene Planung der Handlung war nicht korrekt.¹⁴

Eine weitere mögliche Unterteilung der Fehler kann auch in aktive und latente Fehler erfolgen. Zuvor wurde bereits beschrieben, dass ein aktiver Fehler durch eine durchgeführte Handlung gekennzeichnet ist, im Gegensatz zu dem auftretenden Fehler bei Unterlassung einer Maßnahme (passiver Fehler).

¹⁴ Vgl. (Holzer et al. 2005) S. 15

Ein aktiver Fehler kann auch dadurch gekennzeichnet sein, dass dieser am sogenannten scharfen Ende passiert, an der Schnittstelle von Mensch und System, wie z.B. an der Maschine oder bei der Verabreichung einer falschen Arzneimitteldosis. Ein latenter Fehler hingegen geschieht auf höherer Ebene, z.B. falsche Installation, ungenügende Wartung, ungünstige Einkaufsentscheidungen und unzureichende Personalausstattung und kann bereits lange im System bestehen, bevor dieser entdeckt wird oder zu einem unerwünschten Ereignis führt.¹⁵

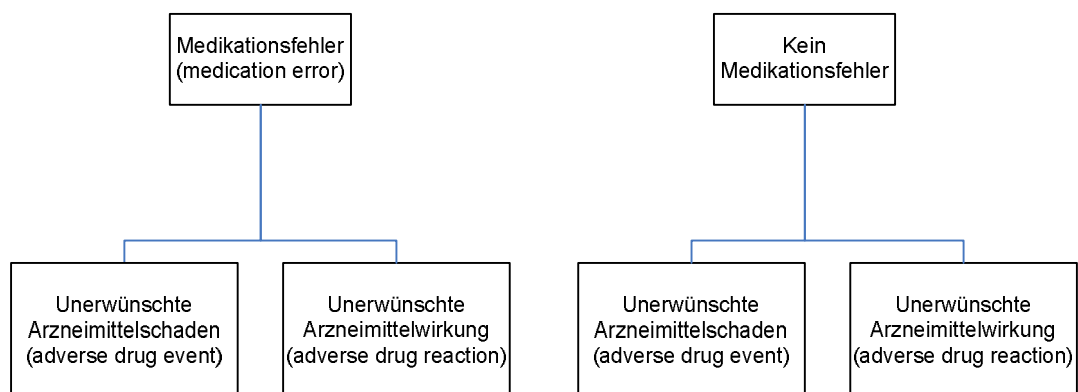
Abbildung 3: aktive und latente Fehler



Quelle: selbst erstellt

Darüber hinaus sind neben der allgemeinen Fehlerdarstellung, ohne Bezug zu speziellen Gegebenheiten, die Definitionen im Arzneimittelbereich festgesetzt. Der Medikationsfehler ist z.B. durch die Gabe eines falschen Medikaments gekennzeichnet mit dem Ergebnis, dass unerwünschte Schäden oder Reaktionen auftreten können. Diese sind auch bei der Gabe des richtigen Medikaments denkbar, wenn Unverträglichkeit oder eine falsche Dosierung vorliegt.

Abbildung 4: Fehler im Arzneimittelbereich



Quelle: selbst erstellt

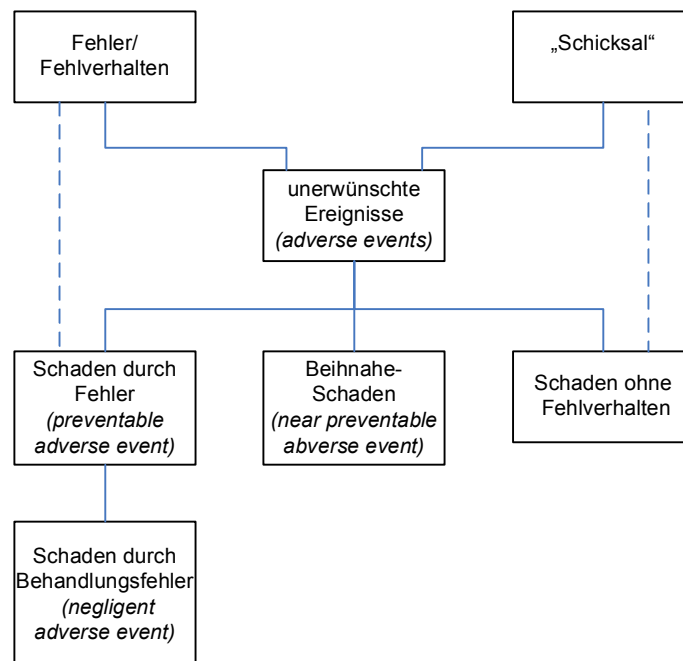
In dieser letzten Darstellung wird deutlich, dass neben der mannigfaltigen Verwendung des Fehlerbegriffs auch der daraus resultierende Schaden vielfältig sein kann und verschiedenen definitorischen Anforderungen unterliegt.

¹⁵ Vgl. (Holzer et al. 2005) S. 14

2.1.1.2 Schaden

Fehlern folgen in der Regel unerwünschte Ereignisse. Das ist nicht zwangsläufig zu erwarten, sollte aber immer bedacht werden. Es ist auch möglich, dass unerwünschte Ereignisse auf Grund von schicksalhafterm Krankheitsverlauf auftreten können. Das Anspruchsdenken der Gesellschaft und der technische Fortschritt forcieren, dass die letzte Kategorie auf immer weniger Akzeptanz stößt und bei Auftritt einer Komplikation etc. direkt Fehlverhalten vermutet wird. Folgendes Schaubild stellt die Beziehungen und die Unterkategorien dar.

Abbildung 5: Schaden



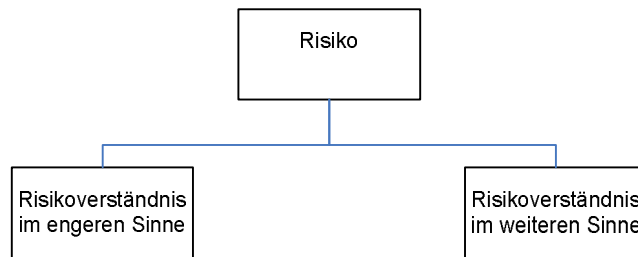
Quelle: selbst erstellt

Die unerwünschten Ereignisse durch Fehlverhalten oder Schicksal lassen sich in die Kategorien Schäden durch Fehler, also das vermeidbare unerwünschte Ereignis (preventable adverse event), in Beinahe-Schäden und in Schädigungen ohne Fehlverhalten einteilen. Unerwünschte Ereignisse können als unvermeidbare und vermeidbare negative Konsequenzen definiert werden. Der vermeidbare Schaden durch Fehler kann im Gesundheitswesen noch spezifiziert werden. Sollte ein Schaden durch einen Behandlungsfehler hervorgerufen sein, spricht man auch vom fahrlässigen, unerwünschten Ereignis (negligent adverse event). In der Definition zum Behandlungsfehler immanent ist die haftungsrechtliche Komponente (vgl. Kapitel 2.1.1.1) und somit findet auch das juristische Vokabular bei der Beschreibung der etwaigen Folgen Verwendung.

2.1.1.3 Risiko

Auch der Risikobegriff ist nicht eindeutig definiert. Der Begriff stammt aus dem lateinischen „riscare“ und bedeutet „wagen“. Risiko kann als „potentiell negative, unerwünschte und ungeplante Abweichung von den Systemzielen“¹⁶, gesehen werden bzw. als die Summe aller Möglichkeiten, dass sich die Erwartungen eines Systems auf Grund von Störprozessen nicht erfüllen.¹⁷

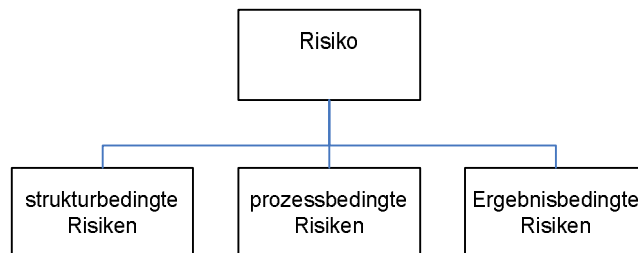
Abbildung 6: Risiko im engeren und weiteren Sinne



Quelle: selbst erstellt

Risiko als mögliche Abweichung von geplanten Größen ist auch wieder unterteilbar. Risiko im engeren Sinne wird definiert als „die Möglichkeit einer ungünstigen zukünftigen Entwicklung“¹⁸, Risiko im weiteren Sinne als „ein Störfaktor bei der Erreichung der Unternehmensziele“¹⁹. Auch an dieser Stelle wären mannigfaltige Definitionen aufführbar. Im Folgenden sollen Risiken jedoch als Ereignisse und mögliche Entwicklungen innerhalb und außerhalb des Unternehmens verstanden werden, die sich negativ auf die Erreichung der Unternehmensziele auswirken.²⁰ Damit ist sowohl der engere, als auch der weiter gefasste Risikobegriff integriert. Untergruppierungen zum Risikobegriff sind ebenfalls sehr ausführlich darstellbar, werden aber an dieser Stelle nicht erschöpfend behandelt, da nicht genannte Kategorisierungen nicht für das Verständnis der folgenden Arbeit heranzuziehen sind.

Abbildung 7: struktur-, prozess-, ergebnisbedingte Risiken



Quelle: selbst erstellt

¹⁶ (Brühwiler 2001) S. 8

¹⁷ Vgl. (Kratzheller 1997) S. 13

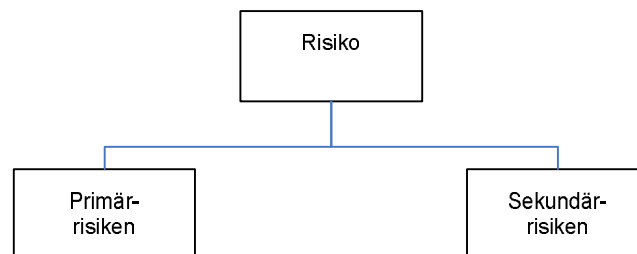
¹⁸ (Graebe-Adelssen 2003) S. 19

¹⁹ (Graebe-Adelssen 2003) S. 19

²⁰ Vgl. (Engelings 2005) S. 4

Risiken können in struktur-, prozess- und ergebnisbedingte Risiken, in Anlehnung an die von Donabedian festgelegten Qualitätsbereiche²¹ (vgl. Kapitel 2.6), unterschieden werden. Strukturbedingte Risiken beziehen sich auf die räumlichen, personellen, finanziellen, apparativ-technischen und sonstigen Ausstattungselemente einer Institution. Prozessbedingte Risiken hingegen fokussieren auf die Abläufe und etwaige Schwachstellen, wie Schnittstellenproblematik. Ergebnisbedingte Risiken stellen auf die Risiken ab, die das Endergebnis, im Gesundheitswesen das Behandlungsergebnis, beeinträchtigen.²² Die Abgrenzungen zwischen diesen drei Bereichen sind nicht immer trennscharf. Struktur- und prozessbedingte Risiken können auch ein ergebnisbedingtes Risiko darstellen.

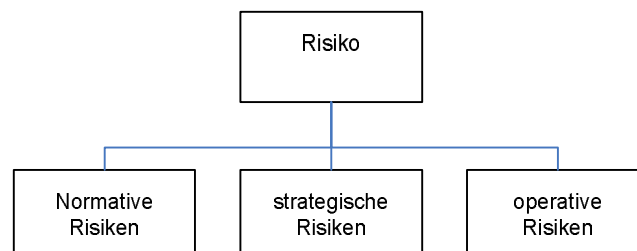
Abbildung 8: Primär- und Sekundärrisiken



Quelle: selbst erstellt

Eine weitere Aufteilung des Risikobegriffes ist in Primär- und Sekundärrisiken möglich. Das Unterscheidungsmerkmal setzt an den getroffenen Risikovermeidungs- oder Risikominimierungsmaßnahmen an. Werden diese Maßnahmen getroffen, besteht die Möglichkeit, dass durch den Einsatz neue, sogenannte Sekundärrisiken entstehen. Das fokussierte Primärrisiko ist zwar minimiert, aber potenzielle neue Schwachpunkte sind geschaffen worden. Demnach sollten die Risikovermeidungs- bzw. -minimierungsmaßnahmen sorgfältig auf mögliche Konsequenzen geprüft werden.

Abbildung 9: Risiken nach Unternehmensebenen



Quelle: selbst erstellt

²¹ Vgl. (Donabedian 2003) S. 46 ff

²² Vgl. (Engelings 2005) S. 6-13

In Anlehnung an die Managementlehre können Risiken je nach Unternehmensebene unterschieden werden. Es ergeben sich normative, strategische und operative Risiken. Normative Risiken ergeben sich aus der grundlegenden Ausrichtung, wie den Unternehmenszielen und Regeln genereller Art. Strategische Risiken beeinträchtigen die Erfolgspotenziale und gefährden den Fortbestand des Unternehmens. Operative Risiken finden sich auf der Leistungserbringerebene und sind an die Unternehmensabläufe gekoppelt.²³

Grundsätzlich können Risiken in symmetrische und asymmetrische Risiken unterschieden werden. Das symmetrische Risiko auf Basis von Entscheidungen beinhaltet sowohl risikorelevante, als auch chancenbesetzte Ergebnisse. Bei der asymmetrischen Risikobetrachtung werden ausschließlich Negativ-Ereignisse betrachtet. In der vorliegenden Arbeit wird der letztere Risikobegriff als zugrundeliegende Definition herangezogen.

2.1.2 Spezifische Abgrenzungen

2.1.2.1 Risikomanagement und Risikomanagementsystem

Als weitere begriffliche Überlegung muss das Risikomanagement näher betrachtet werden, um eine definitorische Basis für die folgenden Ausführungen zu bieten. Risikomanagement ist nach Middendorf die „zielgerichtete Planung, Koordination, Ausführung und Kontrolle von Maßnahmen, die dazu dienen, dass Risiken nicht schlagend werden und die Systemziele wie geplant erreicht werden können“²⁴, um „den Fortbestand des Unternehmens dauerhaft sicher zu stellen“²⁵. Risikomanagement hat die systematische Abwehr, bzw. die systematische Minimierung von Risiken zum Ziel.²⁶ Es findet sich in der Definitionsflut des Begriffs Risikomanagement eine Vielzahl verschiedener Schwerpunkte. Es handelt sich um betriebswirtschaftliche, juristische, klinische, patienten- oder mitarbeiterorientierte Ausführungen. Das führt dazu, Risikomanagement als einen Komplex unterschiedlichster Ausrichtungen zu definieren und als ein System, dass die Gesamtheit aller Maßnahmen und organisatorischer Regelungen bündelt, „mit denen Gefahren zur Erfolgsminderung durch Vermögensverluste oder verpasste Chancen identifiziert werden, mit der Zielsetzung solchen Gefahren vorzubeugen oder ihre Auswirkungen abzuschwächen“²⁷. Die Unterteilung der Maßnahmen, die im Rahmen der Risikoerkennung und im Umgang mit Risiken getroffen werden, können mannigfaltig kategorisiert werden.

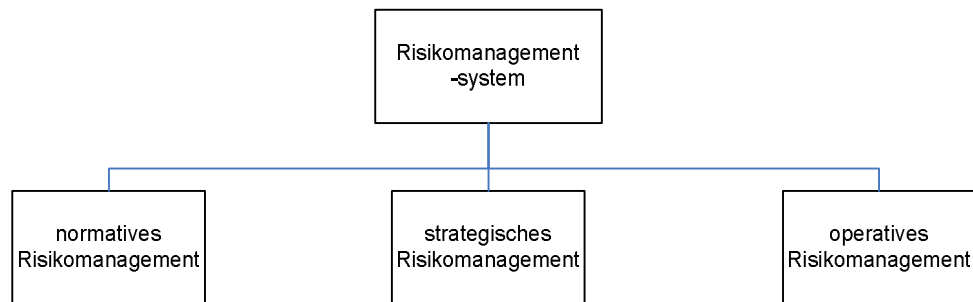
²³ Vgl. (Middendorf 2006b) S. 21

²⁴ (Middendorf 2006a) S. 59

²⁵ (Middendorf 2006a) S. 59

²⁶ Vgl. (von Heusinger and Schenkel-Häger 2006) S. 105

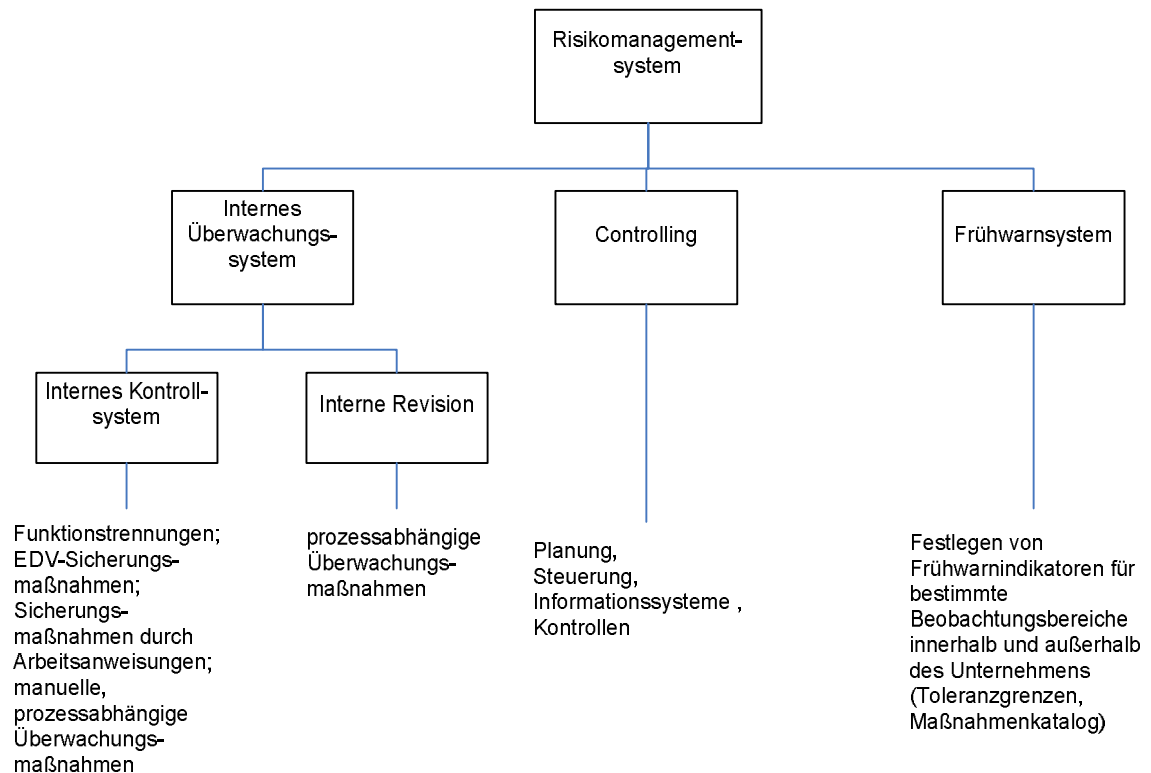
²⁷ (Fehlberg and Poll 2000) S. 475

Abbildung 10: Risikomanagementsystem nach Unternehmensebenen

Quelle: selbst erstellt

Nach Middendorf ist es die Aufgabe des normativen Risikomanagements, eine Bewertungsgrundlage festzulegen, nach der alle auftretenden Risiken bewertet werden und in ein Sicherheitssystem eingeordnet werden können, so dass eine Möglichkeit der Kategorisierung der Risiken nach Gefährdungspotential möglich wird. Strategisches Risikomanagement bezieht sich auf die Risiken, die den Fortbestand des Unternehmens gefährden und zukunftsweisende Erfolgspotenziale deutlich angreifen. Ebenso sollte das strategische Risikomanagement übergeordnete Aufgaben, wie die Schaffung eines Risikobewusstseins bei Mitarbeitern oder ein Anreizsystem zur Risikomeldung, installieren. Operatives Risikomanagement bezieht sich auf die Identifikation und Kontrolle der ablaufinduzierten Risiken. Es sollte eine störfreie Leistungserbringung angestrebt werden.²⁸ Eine weitere Unterteilung ist in folgender Abbildung (siehe nächste Seite) visualisiert:

²⁸ Vgl. (Middendorf 2006b) S. 25

Abbildung 11: Elemente eines Risikomanagementsystems

Quelle: (Fehlberg and Poll 2000) S. 475

Einige relevante Inhalte der dargestellten Untergruppen sind bereits innerhalb der Abbildung aufgeführt, so dass im Folgenden die Kategorisierung nur rudimentär dargestellt wird. Das interne Überwachungssystem, aufgeteilt in das Interne Kontrollsystem und die Interne Revision, bildet die Gesamtheit der getroffenen Regelungen, die das Unternehmen zum Beispiel zur Sicherung von Vermögen, zur Effizienzförderung und zur Einhaltung der Geschäftspolitik einsetzt. Das Controlling „soll im Unternehmen die zielorientierte Koordination von Planung, Informationsversorgung, Steuerung und Kontrolle sicherstellen“²⁹. Das Frühwarnsystem legt in einzelnen Unternehmensbereichen Toleranzgrenzen, Kontrollpunkte, Schwellenwerte fest, die bei Erreichung oder Überschreitung zur Maßnahmenenergreifung auffordern.³⁰

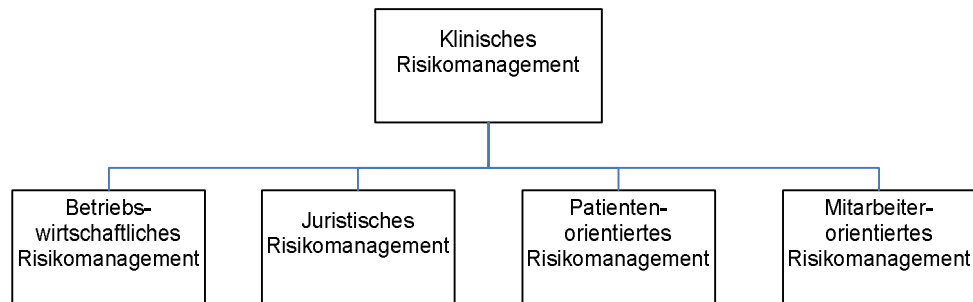
2.1.2.2 Klinisches Risikomanagement

Für die Ausrichtung des Risikomanagements auf das Gesundheitswesen ist die spezielle Abgrenzung innerhalb dieses Begriff elementar. Klinisches Risikomanagement unterscheidet sich nicht elementar von der Definition des Risikomanagements. An die Stelle des nicht-spezifizierten Unternehmens tritt die Institution Klinik/Krankenhaus.

²⁹ (Fehlberg and Poll 2000) S. 475

³⁰ Vgl. (Fehlberg and Poll 2000) S. 475

Abbildung 12: Klinisches Risikomanagement



Quelle: selbst erstellt

Betriebswirtschaftliches Risikomanagement

Im Bereich des klinischen, betriebswirtschaftlichen Risikomanagements stehen die potenziellen Gefährdungen finanzieller Art im Vordergrund.

Juristisches Risikomanagement

Das klinische, juristische Risikomanagement fokussiert die rechtlich geprägten Fehlerquellen, wie Schadensfälle durch Aufklärungs-, Dokumentations-, Geräte- oder Organisationsfehler.³¹

Es wird eine Abstimmung der qualitätssichernden Maßnahmen und der Aktivitäten zur haftungsrechtlichen Absicherung der Prozesse angestrebt,³² um die Höhe der Entschädigungen in Haftpflichtfällen zu minimieren, bzw. einen Schadenersatzanspruch zu vereiteln.

Patientenorientiertes Risikomanagement

Das patientenorientierte Risikomanagement stellt die Leistungsprozesse und deren etwaige Risiken in den Vordergrund. Es soll eine „aktive Reduzierung der Eintrittswahrscheinlichkeit für eine Fehlbehandlung“³³ und eine Risikoabschätzung bei speziellen Therapien, [...] (z.B. Erforschung von Komplikationshäufigkeiten und Nebenwirkungen)³⁴ erfolgen. Es werden in diesem Fall Risiken im Behandlungsablauf der Patienten aufgespürt, die insbesondere durch menschliches Versagen hervorgerufen werden. Es ist denkbar, dass Risiken im Behandlungsablauf auch durch Gerätefehler o.ä. auftreten können, aber diese Gefährdungen werden unter die juristische Sicht subsumiert. An diesem Fall wird deutlich, dass die Unterteilung nicht immer trennscharf ist, denn auch ein in obigem Sinne patientenorientiertes Risiko ist ein juristisches Risiko, das Haftung und Schadenersatz zur Folge haben kann.

³¹ Vgl. (Ulsenheimer 2003) S. 475

³² Vgl. (Führung and Gausmann 2004) S. 24

³³ (Führung and Gausmann 2004) S. 24

³⁴ (Hellmann 2006) S. 21

Mitarbeiterorientiertes Risikomanagement

Die zuvor dargestellten Kategorien lassen sich mit einigen, wenigen Veränderungen in diverser Literatur finden. Hellman definiert noch eine Kategorie mehr, das klinische, mitarbeiterorientierte Risikomanagement. In diesem Fall werden die „Umsetzungsmaßnahmen von Arbeitsschutzmaßnahmen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung“³⁵ betrachtet, die potenzielle Risiken für Mitarbeiter verhindern sollen. Dieser Teil ist in dem ganzheitlichen Verständnis für Risikomanagement auch in anderer Literatur vorhanden, wird aber nicht explizit genannt. Hellmann definiert diese Kategorie als MORISK. Gefährdungspotenziale für Mitarbeiter bekommen somit, neben dem Fokus auf Patienten, eine besondere Bedeutung. Arbeitsmittel, wie Arbeitsstoffe, Maschinen oder Anlagen werden auf ihre potentiellen Risiken für den Anwender geprüft. Neben dem Umgang mit Gefahrstoffen muss auch der Umgang mit psychischen (z.B. Tod) und physischen (z.B. Schichtdienst) Belastungen geregelt sein.

2.2 Theoretische Aspekte

Statistisch gesehen, geschehen Fehler und insbesondere größere Fehler mit schweren Schadensfolgen in der Regel nicht ohne vorherige Ankündigungen. Es gibt einige theoretische Aspekte zu diesem Bereich. Heinrichs Gesetz und das Eisbergmodell zeigen auf, dass einem schweren Fehler kleine Vorkommnisse und Nachlässigkeiten vorausgehen. Das swiss-cheese-model und auch das Threat and error model beinhalten die Auseinandersetzung mit dem gesamten System, seinen Abwehrbarrieren und möglichen Sicherheitslücken, die – sollten sie ungünstig zusammenkommen – eine Katastrophe auslösen.

2.2.1 Theorie von Heinrichs Gesetz

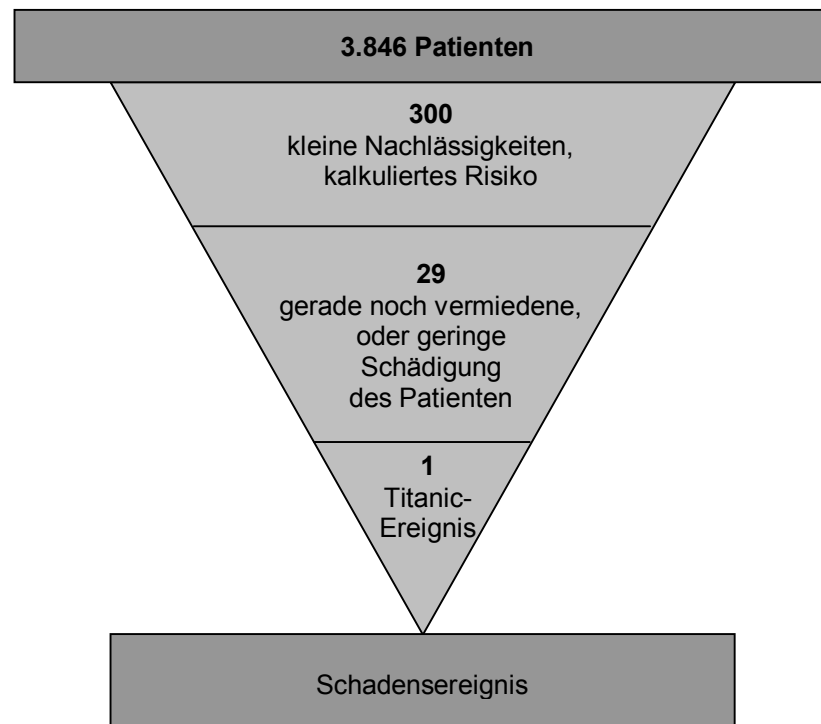
Eine Untersuchung des Ingenieurs Heinrich aus dem Jahr 1941 zeigt den Zusammenhang zwischen kleinen Nachlässigkeiten und Katastrophenereignissen auf. Dabei stellt sich heraus, dass bei einer Menge von $n = 3.846$ Patienten sich 300 Zwischenfälle ereignen, die keinen oder nur einen sehr geringen Schaden nach sich ziehen und die aus Nachlässigkeiten resultieren. Diesen 300 Fällen muss mit Gegenmaßnahmen begegnet werden, denn diese bilden die statistische Grundlage für 29 mittelschwere Zwischenfälle mit Schadensfolgen. Der Gedanke „ist ja noch mal gut gegangen“, darf also nicht darüber hinweg täuschen, dass anstehende Schäden sich durch mehrere kleine Zwischenfälle ankündigen können. Das Katastrophenereignis passiert in der Regel nicht zufällig und schicksalsbedingt, sondern kann sich durch kleinere Vorwarn-Zwischenfälle ankündigen. Aus dem betrachteten Patientenumfang

³⁵ (Hellmann 2006) S. 79

erleidet dann letztlich ein Fall ein Vorkommnis mit desaströsen Ausmaßen. In diesem Zusammenhang spricht man auch vom „Titanic- Ereignis“³⁶.

Als Hauptthese zeigt sich, dass zwischen leichten und schweren Vorkommnissen eine Beziehung besteht. Diese These lässt sich auf diverse Bereiche, u.a. auf den Bereich des Gesundheitswesens übertragen, Heinrichs Gesetz fordert daher, dass die Zwischenfälle als Warnung aufzufassen und Maßnahmen einzuleiten sind, um eruptiven, nicht sichtbaren Ereignissen vorzubeugen. Zu den kleineren Vorkommnissen zählen neben Nachlässigkeiten auch schlechte Gewohnheiten, Zeitdruck oder ähnliche Bereiche, die die Basis für zukünftige Fehler bilden können. Visualisiert lässt sich Heinrichs Gesetz wie folgt darstellen:

Abbildung 13: Heinrichs Gesetz



Quelle: In Anlehnung an (von Eiff 2003) S. 480

2.2.2 Eisbergmodell

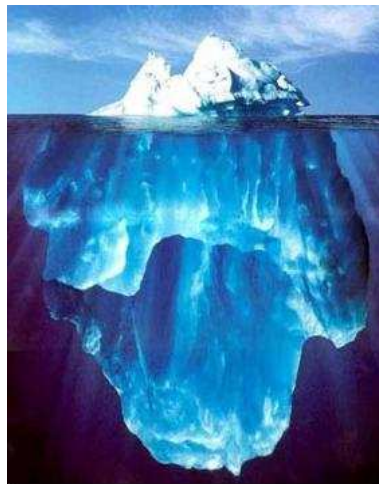
Das Eisbergmodell zeigt in ähnlicher Weise wie Heinrichs Gesetz die Bedeutung des Zusammenhangs von kleinen und großen Fehlern, bevor ein Titanic-Ereignis auftritt. Der Grundsatz besagt, dass nur ein geringer Teil der Fehler und Risiken sichtbar, also an der Oberfläche erkennbar ist. Der weitaus größere Teil befindet sich nicht sichtbar unter der Wasseroberfläche. Der sichtbare Bereich zeichnet im Gesundheitswesen unübersehbare Fehler und Risiken, zum Beispiel Komplikationen, auf. Der untere

³⁶ Vgl. (Pippig 2005) S. 5

Bereich bleibt verborgen. Das sind nicht nur unsichtbare Risiken, sondern auch die in der Tiefe liegenden Ursprünge der an der Oberfläche sichtbaren Komplikationen. Daher darf nicht auf bereits aufgetretene, sichtbare Fehler abgestellt werden, die in der Regel nur die Spitze des Eisberges darstellen. Es ist wesentlicher, „die nicht sichtbaren, zahlenmäßig jedoch sehr viel häufigeren Fehlervorstufen“³⁷ und Fehler zu entdecken. Das Eisbergmodell kann nicht als in sich geschlossene Fehlertheorie gelten³⁸, aber es gibt eine gute Orientierung, um ganzheitlich und allumfassend Risikomanagement durchzuführen. Die Suche nach Fehlern und Risiken darf sich nicht nur auf existente Fehlerbereiche konzentrieren, sondern muss auch tiefer liegende Schichten beachten und Beinahe-Fehler thematisieren. Ein Risikomanagement-Instrument, welches diese Basis aufgreift, ist das Critical Incident Reporting System/CIRS (siehe Kapitel 2.5.1.1).

Das Eisbergmodell muss auch Beachtung bei der Darstellung von statistischen Fehlererhebungen finden. Die Spitze des Eisbergs sind die aktenkundigen Schäden. Die eigentliche Zahl kann, im Hinblick auf diesen theoretischen Aspekt, als weitaus größer erachtet werden, da die unbekannten Schäden die Masse, den unteren Bereich des Eisbergs, ausmachen.³⁹

Abbildung 14: Der Eisberg



Quelle: http://www.dadalos-d.org/frieden/grundkurs_4/eisberg.htm

2.2.3 swiss-cheese-model

Einen weiteren theoretischen Aspekt in der Fehlerbetrachtung bietet das swiss-cheese-model nach Reason. Dieser geht davon aus, dass in einem Unternehmen Sicherheitsbarrieren unterschiedlichster Art installiert sind, zum Beispiel im Bereich Mensch/Personal oder im Bereich Technik. Diese Sicherheitsbarrieren verhindern,

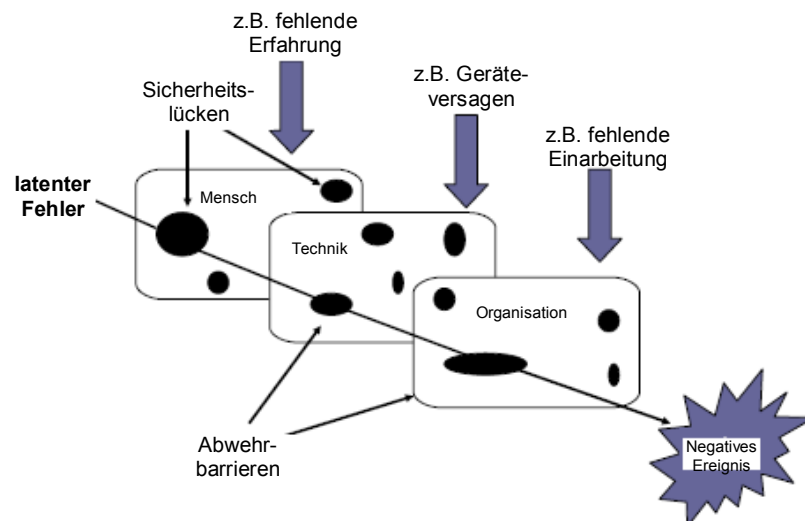
³⁷ (Glazinski and Wiedensohler 2004) S. 61

³⁸ (Glazinski and Wiedensohler 2004) S. 60

³⁹ Vgl. (Middendorf 2006b) S. 84

dass geringe Risiken und latente Fehler zu einem unerwünschten Ereignis führen. Diese systemimmanenten Abwehrbarrieren weisen in der Regel auch Sicherheitslücken auf, das heißt, dass zum Beispiel im Bereich der Technik ein Geräteversagen nicht erkannt wird, da der zugehörige Alarm ausbleibt. Diese Lücken gibt es auf allen Sicherheitsstufen. Liegen diese Sicherheitslücken bildlich gesprochen direkt übereinander (siehe Abbildung 15), so kann sich aus einer Fehlervorstufe ein gravierender Fehler entwickeln. Dieses Risiko bleibt trotz der vielschichtigen Sicherheitsvorkehrungen unerkannt. Die von Reason dargestellte Abbildung zeigt diese Sicherheitsebenen mit samt den zugehörigen Lücken. Da diese Lücken einem Schweizer Käse ähneln, entstand die Namensgebung. Reason unterscheidet die Löcher in durch Personen begangene Fehlleistungen und in systemimmanente Schwächen.⁴⁰ Diese theoretische Erklärung legt die Basis zu Grunde, dass für mehr Sicherheit systemimmanente Schwachstellen erkannt und beseitigt werden müssen. Die Schwierigkeit liegt dabei in der Dynamik des Systems. Sicherheitsbarrieren und -lücken unterliegen der ständigen Veränderung und sind daher nicht allgemeingültig festzusetzen.⁴¹

Abbildung 15: swiss-cheese-model



Quelle: In Anlehnung an (Reason 2000) S. 769

2.2.4 Threat and error model

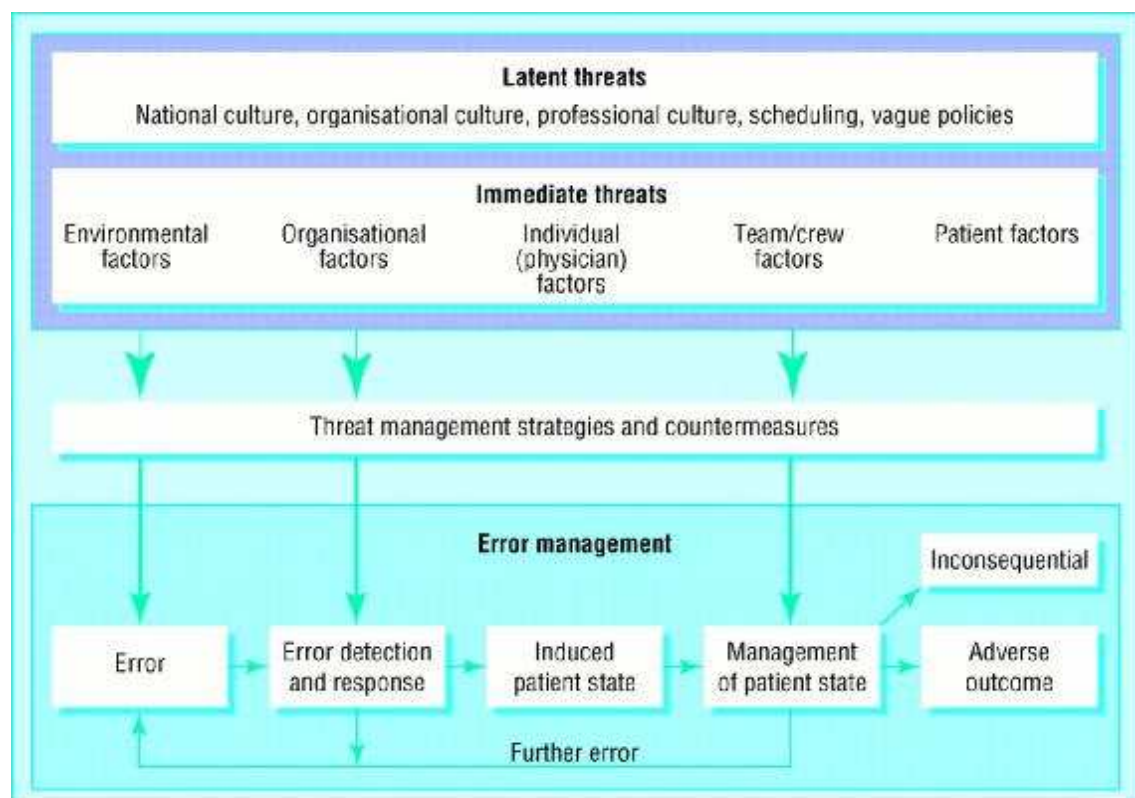
Der Zusammenhang von menschlichem Verhalten und Fehlerentstehung wird im Threat and error model dargestellt. Das Modell wurde ursprünglich von R.L. Helmreich und J.R. Klinec zur Analyse von Fehlern im Bereich der Luftfahrt entwickelt (1999) und

⁴⁰ Vgl. (Kahla-Witzsch 2005) S. 83

⁴¹ Vgl. (Paula 2007) S. 54

anschließend auf die Medizin übertragen (2000)⁴². Die möglichen Bedrohungen werden in latent threats (latente Bedrohungen) und immediate threats (unmittelbare Bedrohungen) unterschieden. Das sind zum einen die Gefahren aus der Unternehmensumwelt, den Rahmenbedingungen und der strategischen Ausrichtung des Unternehmens, zum anderen Gefahren direkt aus den unternehmensinternen Arbeitsbedingungen, also aus der operativen Ebene heraus. Diesen Bedrohungen wird mit Vermeidungsmaßnahmen und Risikoabwehrstrategien begegnet. Dennoch können diese Gefahren nicht vollständig verhindert werden. Kongruent zu dem vorangegangenen Modell existieren Abwehrlücken, die das Entstehen von Risiken ermöglichen. Daraus folgt, dass immer Fehler auftreten werden, deren Wirkungen und Schäden im Nachhinein behoben werden müssen, da die zugehörigen Fehlervorstufen nicht vermieden werden konnten. Wird der Fehler bemerkt, so werden Behebungsmaßnahmen eingeleitet. Erfolgen diese Maßnahmen nicht rechtzeitig oder nicht korrekt, bzw. ausreichend, so entsteht ein unerwünschtes Ereignis. Auch dann werden wiederum Maßnahmen eingeleitet, um zum Ursprungszustand zurückzukehren, gelingt dies nicht, spricht man von einem Unfall oder negativem Zwischenfall.⁴³

Abbildung 16: Threat and error model



Quelle: (Helmreich 2000) S. 783

⁴² Vgl. (Helmreich et al. 2001)

⁴³ Vgl. (Middendorf 2006a) S. 77-78

2.3 Die Entwicklung von Risikomanagement

Die Darstellung der Entwicklung von Risikomanagement beginnt nicht im Bereich des Gesundheitswesens sondern in der Industrie und führt unweigerlich in den Bereich der Luftfahrt. In diesem Bereich, gekennzeichnet durch komplexe Arbeitsabläufe, dem Wunsch nach maximaler Sicherheit, dem Zusammenspiel von Mensch und Maschine auf der Basis von Teamarbeit und dem vorausgesetzten hohen Kompetenzniveau, sind die Strategien des Risikomanagements umfassend ausgereift. Aber auch andere Bereiche, wie die Öl- und Automobilindustrie greifen zwecks komplexer Produktionsprozesse auf Risikomanagementsysteme zurück. Grundlage dabei ist es, nicht den Mensch und das persönliche Versagen zu fokussieren oder zu sanktionieren, sondern alle relevanten Bereiche im Zusammenspiel zu analysieren, um auch organisatorische, technische oder soziale Schwachstellen identifizieren und eliminieren zu können.⁴⁴ Risiken sind vielfältiger Natur und müssen auch als solche betrachtet werden. Dennoch ist einer der größten und vor allem am wenigsten zu standardisierender Faktor der Mensch. Die auftretenden Komponenten sind nicht abschließend darzustellen, stellvertretend seien Arbeitsüberlastung, mangelhafte Ausbildung und damit Kenntnis- und Hierarchieprobleme, sowie Kommunikations- und Dokumentationsmängel genannt. Die Garantie fehlerfrei zu agieren kann prinzipiell nicht übernommen werden. Das zeigt eine modifizierte Darstellung von menschlichen Fehlerraten nach Nolan und Park:

Tabelle 1: menschliche Fehlerraten bei ausgewählten Tätigkeiten

Tätigkeit (Durchführung ohne übermäßigen Stress, soweit nicht anders aufgeführt)	Wahrscheinlichkeit von menschlichen Fehlern (Anzahl der Fehler / Anzahl der Fehlermöglichkeiten)
Allgemeine Fehlerrate – z.B. Fehlablesungen von Bezeichnungen	0,3%
Allgemeine Irrtümer bei Abwesenheit von Erinnerung	1,0%
Einfache Rechenfehler mit Selbstkontrolle, aber ohne die Rechnung auf einem separaten Blatt zu wiederholen	3,0%
Kontrolleur oder Prüfer übersieht den Fehler ebenfalls	10,0%
Personal von verschiedenen Schichten versäumt es, den Zustand von Geräten zu kontrollieren (Ausnahme: Es liegt eine Checkliste vor)	10,0%
Allgemeine Fehlerrate bei hohem Stresslevel, wenn gefährliche Vorgänge regelmäßig vorkommen	25,0%

Quelle: (Holzer et al. 2005) S. 43

⁴⁴ Vgl. (Führung and Gausmann 2004) S. 17

Grundlage der Risikomanagementsysteme in der Luftfahrt ist eine regelmäßige Erfassung aller Vorkommnisse. Seit 1975 existiert in den USA das Meldesystem Aviation Safety Reporting System (ASRS), eine Datenbank, in der Ereignisse freiwillig und anonym erfasst werden. Wesentliches Kennzeichen dieses Systems ist neben der Anonymität die Zusage, dass bei Meldung innerhalb einer 10-Tages-Frist keine Sanktionen erfolgen. Aus diesem Grund sind bereits 400.000 Fälle erfasst. 1982 hat das Amerikanische NTSB (National Transportation Safety Board) 46.000 Ereignisse (Incidents) und Unfälle (Accidents) erfasst und ausgewertet. Diese Maßnahmen optimierten die amerikanischen Sicherheitsstandards.⁴⁵

Neben den Fehlermeldesystemen sind auch Beobachtungen durch Experten während des Fluges und deren Ergebnisse Bestandteil des Risikomanagements in der Luftfahrt. Das Projekt Line Operations Safety Audit (LOSA)⁴⁶ strebt das in der Medizin unter dem Begriff bekannte „Vier-Augen-Prinzip“ an und fördert so die Aus- und Fortbildung der Piloten.

Der Fokus in diesem Kapitel auf die Luftfahrt, stellvertretend für die Industrie, hat folgende Gründe. Der Bereich der Medizin und der Bereich der Luftfahrt ähneln sich sehr. Die oben beschriebenen Eigenschaften wie komplexe Arbeitsabläufe, dem Wunsch nach maximaler Sicherheit, dem Zusammenspiel von Mensch und Maschine auf der Basis von Teamarbeit und dem vorausgesetzten hohen Kompetenzniveau sind unmittelbar auf die Medizin übertragbar. In vielen anderen Industriezweigen, die sehr stark technisiert sind und insbesondere den Produktionsprozess betreffen, ist das anders. In beiden Bereichen, Luftfahrt und Medizin, ist der Mensch mit seinen Fähigkeiten zum großen Teil der Leistungserbringer. In beiden Bereichen haben die Fehler fatale Folgen. Als Konsequenz weitreichender Fehler sind nicht nur Produktionsausfall oder Maschinendefekte also materielle Folgen zu erwarten, sondern die Konsequenz ist in vielen Fällen die Schädigung oder der Tod eines Einzelnen oder vieler Menschen. Diese immateriellen Folgen maximieren den Sicherheitsgedanken in diesen Branchen und zeigen auf, warum das Gesundheitswesen in den letzten Jahren versucht, Erfahrungen und Ergebnisse aus der Luftfahrt für sich zu gewinnen.⁴⁷

Im Gesundheitswesen war der Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe einer der ersten, der durch Präventionskataloge Schadensfälle reduzieren wollte. Diese Intention wurde von anderen Disziplinen jedoch nicht übernommen. Ende der 80er-/ Anfang der 90er-Jahre weitete sich der risikoreduzierende Gedanke auf haftungsrechtliche Anforderungen, bzgl. Dokumentation, Aufklärung etc. aus. Dennoch wird die Anzahl der Krankenhäuser, die sich aktiv mit Risikomanagement auseinandersetzen als sehr

⁴⁵ Vgl. (Holzer et al. 2005) S. 44-45

⁴⁶ Vgl. (Helmreich et al. 2001)

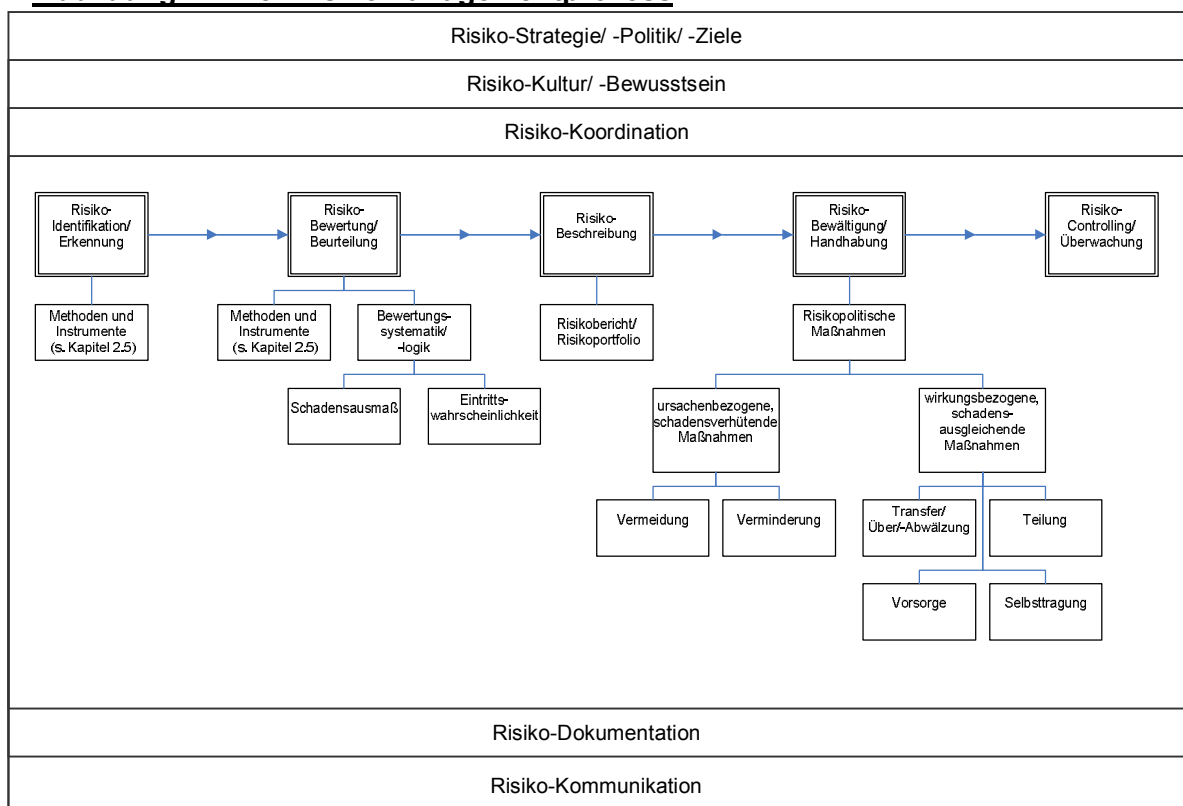
⁴⁷ Vgl. (Führung and Gausmann 2004) S. 18

gering eingeschätzt. Der Geschäftsführer der Gesellschaft für Risikoberatung, M. Klocke, schätzt die Zahl auf unter 30%.⁴⁸ Der Rechtsanwalt für Medizinrecht, Haftungsrecht, Risk-Management und Strafrecht Prof. Dr. Dr. K. Ulsenheimer schätzt diese Zahl auf höchstens 20%.⁴⁹

2.4 Der Risikomanagementprozess

Der Risikomanagementprozess gibt die nötigen Schritte wieder, die für die Umsetzung des Risikomanagements relevant sind. Dabei wurde im Folgenden eine Betrachtungsweise dieses Prozesses gewählt, die nicht nur den eigentlichen Ablauf beinhaltet, sondern auch die Rahmenbedingungen. Der Oberbau besteht aus Risiko-Strategie und -Politik, im Zusammenspiel mit der Risiko-Kultur, die das Risiko-Bewusstsein verdeutlicht. Ebenso muss als übergeordnete Kategorie die Risiko-Koordination festgelegt werden. Darüber hinaus ist eine Basis erforderlich, die Kommunikation und Dokumentation, die gemeinsam mit einem Informationssystem die Grundlage für eine effiziente und effektive Durchführung des eigentlichen Prozesses ist.

Abbildung 17: Der Risikomanagementprozess



Quelle: selbst erstellt

⁴⁸ Vgl. (Klocke 2006) S. 155

⁴⁹ Vgl. (Beyer-Reheld 2003) S. 472

2.4.1 Risiko-Strategie/ -Politik/ -Ziele

Die Risiko-Strategie muss für einen effektiven Risikomanagementprozess von der Unternehmensleitung in Abstimmung mit der weiteren Geschäftsstrategie bestimmt werden. Es sollten im Zuge dessen auch die Politik und die Ziele bestimmt werden, die verdeutlichen, mit welcher Ausrichtung Risikomanagement umgesetzt wird. Diese Risiko-Strategie sollte die Integration des Risikomanagements in das bestehende Managementsystem festlegen und die Rahmenbedingungen für die Umsetzung des Prozesses schaffen.

2.4.2 Risiko-Kultur/ -Bewusstsein

Ebenfalls gehören zum Oberbau eines effektiven Risikomanagementprozesses die Schaffung einer Risiko-Kultur und damit eines Risiko-Bewusstseins. Der Prozess kann nur angestoßen werden, wenn die Bereitschaft gewachsen ist, Risiken zu erkennen, zu melden und zu beseitigen. Diese Offenheit fordert einen intensiven Denk- und Lernprozess, den das Unternehmen aktiv fördern muss. Die Tatsache aus Fehlern lernen zu können, muss die Angst der Schuldzuweisungen und der daraus resultierenden Sanktionen abstellen, um einen durchgängigen und effizienten Prozess durchführen zu können. Insbesondere der Umgang mit Risikomeldungen über Hierarchieebenen hinweg erfordert vertrauensbildende Maßnahmen. Das Unternehmen sollte Sanktionsfreiheit garantieren und Schuldzuweisungen verwerfen mit dem Bewusstsein, dass eine Schuldzuweisung ein gesamtes Risikomanagementsystem vernichten kann. Die langfristige Durchführung bedarf einer sorgfältigen Vorbereitung und der Schaffung eines Rahmens (siehe auch Abbildung 17), der den Prozess trägt und zusammenhält. Diese Risikokultur kann auch als Sicherheitskultur betrachtet werden und im doppeldeutigen Sinne auch für die Sicherheit der Durchführung eines gelebten Risikomanagement-Regelkreises stehen.

2.4.3 Risiko-Koordination

Sind die ersten beiden Rahmenbedingungen erfüllt, muss eine weitere übergeordnete Maßnahme durchgeführt werden. Es ist neben der Risiko-Strategie und dem Risiko-Bewusstsein ebenfalls für die Effizienz des Prozesses elementar, dass eine funktionsfähige Koordination aufgebaut wird. Dieser dritte Bereich des Oberbaus ist organisatorisch ausgerichtet, das heißt, es bedarf der Festlegung der Aufbau- und Ablauforganisation des Risikomanagementprozesses. Es müssen personelle Entscheidungen getroffen werden, Verantwortlichkeiten festgelegt werden, um den Prozess des Risikomanagements koordinieren zu können. Diese Mitarbeiter sind, Anlaufstellen für Risikomanagementfragen, müssen Risikomeldungen sichten und

bewerten und Entscheidungen herbeiführen. Das zeigt, dass auch Entscheidungskompetenzen und Mandate zur Maßnahmenautorisierung festgelegt werden müssen. Die Verantwortlichkeiten können bei einem Risikoteam liegen, das entweder gleichberechtigt oder mit hierarchischen Strukturen versehen ist, die Verantwortlichkeiten können aber auch in einer Person, dem Risiko-Manager, zusammenlaufen. (siehe Kapitel 3.2.2)

Neben den personellen Ressourcen sind auch die zeitlichen Ressourcen zu fixieren. Bei Einführung eines Risikomanagementprozesses sollte im Sinne des Projektmanagements mit einem Projektplan gearbeitet werden. Für alle Mitarbeiter muss die Einführung sichtbar und nachvollziehbar sein und Meilensteine sollten erkennbar sein. Sollte die Einführungsphase erfolgreich abgeschlossen sein, dann kann der Risikomanagementprozess auch ohne Projektplan kontinuierlich und langfristig fortgeführt werden.

2.4.4 Risiko-Ablauf

2.4.4.1 Risiko-Identifikation/ -Erkennung

Um den Risikomanagementprozess anzustoßen, bedarf es zunächst einer ausführlichen Bestandsaufnahme der existierenden Risiken. Bereits an diesem Punkt kann die Relevanz des definierten Oberbaus abgelesen werden, denn die Inventarisierung von Risiken gelingt im Wesentlichen durch einen Ist-Soll-Abgleich. Der Soll-Zustand wird, neben Faktoren die sich aus der Rechtsprechung, der Gesetzgebung, des medizinischen Fortschritts und den Anforderungen der Fachgesellschaften ergeben⁵⁰, insbesondere durch die Festlegung der internen Ziele definiert. Die Gefährdung, die von den Risiken ausgeht, wird durch den Grad der Gefährdung der Unternehmensziele beurteilt.⁵¹ Gefahr- und Schadensquellen sind auch durch weitere Bereiche erkennbar. Zum einen können durch bestehende Konkurrenzsituationen Wettbewerbsrisiken auftreten, zum anderen können durch gesundheitspolitische Entscheidungen und Veränderungen der gesetzlichen Gegebenheiten rechtliche Risiken auftreten. Darüber hinaus sind Liquiditätsrisiken denkbar, die durch Zahlungen gekennzeichnet sind, welche in einer mangelhaften Planung keine Berücksichtigung gefunden haben. Des Weiteren können Personalrisiken entstehen, da durch eine unzureichende Personaldecke Valenzen und Kompetenzen fehlen. Die Betriebsrisiken ergeben sich durch das Kerngeschäft eines Unternehmens. Im Krankenhaus werden Betriebsrisiken durch pflegerische und ärztliche Behandlungsmängel definiert.⁵² Diese Fülle an Risikobereichen zeigt, dass es

⁵⁰ Vgl. (Felber et al. 2003) S. 141

⁵¹ Vgl. (Gausmann 2006) S. 190

⁵² Vgl. (Moos 2005) S. 791

sinnvoll ist, ein Risikomanagementsystem umfassend aufzubauen und den Fokus nicht zu begrenzen. Es sollte somit, insbesondere im Hinblick auf klinisches Risikomanagement, nicht ausschließlich auf ein patientenorientiertes Risikomanagement mit der Ausrichtung der vorliegenden Betriebsrisiken abgestellt werden, sondern eine ganzheitliche Einführung angestrebt werden.⁵³ Es existieren viele Methoden und Instrumente zur Risikoerkennung. Diese im Rahmen des Risikomanagementprozesses darzustellen würde die zusammenhängende Darstellung des Regelkreises beeinträchtigen. Aus diesem Grund werden Instrumente der Risikoidentifikation in einem gesonderten Kapitel (siehe Kapitel 2.5) aufgeführt.

Diese erste Phase der Abfolge des Risikomanagementprozesses muss sorgfältig durchgeführt werden, denn Mängel in diesem Prozessschritt gefährden den gesamten Prozess. Die Erkennung von Risiken ist im Arbeitsalltag eine Herausforderung. Der Umgang mit Gefahren, insbesondere im klinischen Bereich kann durchaus eine Gewohnheit im Umgang mit Risiken herbeiführen. Das heißt, dass das geschaffene Risiko-Bewusstsein sensibilisiert werden muss und vermeintlich beherrschbare Risiken einer genauen Analyse bedürfen.⁵⁴

2.4.4.2 Risiko-Bewertung/ -Beurteilung

Die nachfolgende Risiko-Bewertung kann zusammen mit der erfolgten Risiko-Identifikation zur Risiko-Analyse zusammengefasst werden. Zur Beurteilung der Risiken kann eine Reihe von Methoden herangezogen werden, diese in Gänze an dieser Stelle aufzuführen würde äquivalent zur Methodenauswahl der Risiko-Identifikation den Verständnisfluss vermindern. Aus diesem Grund sei an dieser Stelle erneut auf das Kapitel der Risiko-Instrumente (siehe Kapitel 2.5) verwiesen. Dennoch kann eine allgemeine Einordnung der Risiko-Messung erfolgen. Um eine konsequente Beurteilung vornehmen zu können, muss nach der Risiko-Erkennung auch eine genaue Risiko-Darstellung vorliegen, diese sollte eindeutig, das heißt auch für unbeteiligte Dritte verständlich ausfallen und neben der eigentlichen Beschreibung auch Ursachen und mögliche Folgen beschreiben. Darüber hinaus muss eine Bewertungssystematik definiert werden. Diese Bewertungssystematik setzt sich im Wesentlichen aus den Faktoren Schadensausmaß und Eintrittswahrscheinlichkeit des Risikos zusammen. Diese historisch gewachsene, zweidimensionale Beurteilungslogik aus dem KonTraG und den Anforderungen der Wirtschaftsprüfer (siehe auch Kapitel 3.3), bietet die Möglichkeit, identifizierte Risiken in Groß-, Mittel- und Klein-Risiken⁵⁵ zu

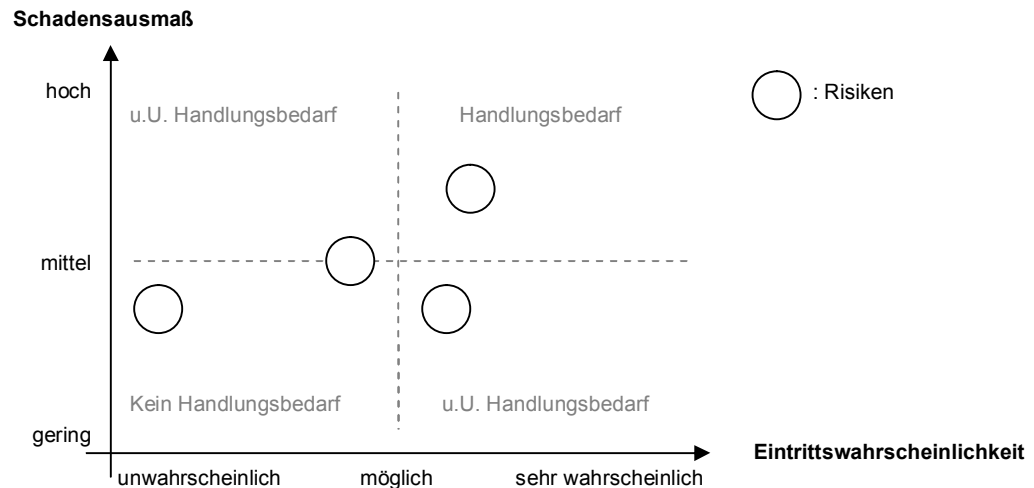
⁵³ Vgl. (Holzer et al. 2005) S. 33

⁵⁴ Vgl. (Gausmann 2006) S. 190

⁵⁵ Vgl. (Kahla-Witzsch 2005) S. 52-53

unterteilen. Die Darstellung in einem Portfolio zeichnet nach der Beurteilung den Handlungsbedarf der Institution auf.

Abbildung 18: Risiko- Portfolio



Quelle: In Anlehnung an (Führung and Gausmann 2004) S. 19

Die vorliegende Zweidimensionalität und die Einteilung der Bewertung in jeweils 3 Kategorien lässt die Einteilung in vier Handlungsfelder zu, die den Handlungsbedarf der Risiken kennzeichnen. Eine weitaus detailliertere Unterteilung ist denkbar. Es sollte eine quantifizierte Schätzung vorgenommen werden, um möglichst exakt abgrenzbare Klassen definieren zu können.

2.4.4.3 Risiko-Beschreibung

Die Risiko-Beschreibung erfolgt bewusst erst nach der Risiko-Bewertung, um diese in die Beschreibung mit aufnehmen zu können. Das heißt, dass neben der Darstellung des Risikos selbst, auch die möglichen Ursachen, die etwaigen Folgen und die Risiko-Bewertung adäquat beschrieben werden muss. Diese Angaben können in einem Risiko-Bericht zusammengeführt werden, auf dessen Grundlage die Risiko-Bewältigung aufbauen kann. Es sollten alle Angaben, das heißt Ursache, Risiko, Bewertung, Folgen und das Risiko-Portfolio ausführlich dargestellt werden, um angemessen entscheiden zu können und um eine entsprechende Handhabung realisieren zu können.

2.4.4.4 Risiko-Bewältigung/ -Handhabung

Die Risiko-Handhabung als nächster Schritt in der Risiko-Folge wird im Folgenden unterteilt in die verschiedenen risikopolitischen Maßnahmen. Diese werden unterteilt in ursachenbezogene, schadensverhütende Maßnahmen und wirkungsbezogene,

schadensausgleichende Maßnahmen. Zu der ersten Kategorie zählen die Risikovermeidung und die Risikoverminderung. Die Risikovermeidung bezeichnet den Verzicht auf Aktivitäten, die ein hohes Risikopotenzial haben. Diese effektivste Art der Risikohandhabung muss sorgfältig abwägen und äußerst selektiv eingesetzt werden, da die Vermeidung risikorelevanter Handlungen die Entwicklung des Unternehmens massiv beeinträchtigen kann, zum Beispiel in Bezug auf Gewinnchancen, die ohne Risiken nicht erreichbar sind. Im Gesundheitswesen wäre es denkbar, auf eine Operation zu verzichten, da diese hohe Risiken und Nebenwirkungen mit sich bringt. Das heißt aber auch, dass auf die durch die Operation entstehenden Chancen verzichtet wird. Es sollte demnach im Vorhinein eine genaue Chancen-Risiko-Überlegung stattfinden.

Die Verminderung von Risiken bedeutet, die Tragweite zu reduzieren. Das heißt, es könnte die Eintrittswahrscheinlichkeit oder das Schadensausmaß durch aktive Handlung oder Unterlassung einzelner Aktivitäten geschmälert werden. In der Medizin ist eine exakte Dosierung von Medikamenten in Abstimmung auf die Gegebenheiten des Patienten denkbar. Sie kann helfen, mögliche Risiken durch Nebenwirkungen zu vermindern.

Die zweite Kategorie zielt auf die Wirkungen der Risiken. Dieser Bereich bezieht sich mehr auf Schadenshandhabung als auf Risikohandhabung, fällt aber ebenso in den Bereich der risikopolitischen Maßnahmen. Um den eintretenden Schaden tragen zu können, ist ein Transfer denkbar. Diese Über- oder Abwälzung auf Dritte ist im Gesundheitswesen insbesondere durch die Absicherung finanzieller Schäden durch Haftpflichtversicherungen gekennzeichnet.⁵⁶ Darüber hinaus ist auch eine Teilung denkbar. Mehrere Wettbewerber treffen Absprachen, z.B. im Rahmen der Notfallversorgung oder der Intensivkapazitäten, um ein anstehendes Risiko und die daraus resultierenden Folgen gemeinsam tragen und eventuell teilen zu können.⁵⁷ Die Vorsorge und die Selbsttragung sind eng miteinander verbunden. Im Zuge der Selbsttragung entschließt sich die Organisation, Risiken bewusst einzugehen und sich nicht abzusichern, beispielsweise auf die Absicherung finanzieller Schäden durch die Versicherung zu verzichten. Sollte aber, trotz sorgfältiger Abwägung dennoch ein Schaden eintreten, so ist es ratsam, zuvor im Zuge der Vorsorge finanzielle Rücklagen gebildet zu haben. Dies muss aber nicht sein. Es kann auch die Entscheidung zur Selbsttragung erfolgen, ohne vorsorglich tätig zu werden.⁵⁸ In diese Bereiche der Risiko-Handhabung lassen sich diverse Maßnahmen zur Risiko-Bewältigung einordnen, denkbar ist auch eine Mischung der vorgestellten Mechanismen.

⁵⁶ Vgl. (Holzer et al. 2005) S. 39

⁵⁷ Vgl. (Kahla-Witzsch 2005) S. 54

⁵⁸ Vgl. (Middendorf 2006a) S. 64

Unabhängig welche Maßnahmen getroffen werden und welchem Bereich diese zugehörig sind, ist es elementar, den Status der Maßnahmen (möglich, beschlossen, eingeleitet, durchgeführt) und den Termin der Umsetzung regelmäßig zu dokumentieren. Hier sollten erneut die Regeln des Projektmanagements gelten und eventuelle Maßnahmen als Projekt durchgeführt werden.

2.4.4.5 Risiko-Controlling/ -Überwachung

Der zunächst letzte Schritt, bevor die Risiko-Folge erneut beginnen könnte, ist das Risiko-Controlling. Es sollte eine „permanente Überprüfung der gemeldeten Risiken“⁵⁹ vorgenommen werden, um durch „diese laufende Evaluierung [...] eine optimale Koordination aller Phasen“⁶⁰ sicherzustellen.

Auch die festgelegte Risiko-Folge selbst ist Gegenstand der Überwachung. Es ist zu fragen, welche Prozessoptimierungen angestrebt werden können, das heißt, eine mögliche Ergänzung von Prozessschritten oder eine Zusammenfassung von einzelnen Elementen ist vorzunehmen, um in Abhängigkeit der Gegebenheiten der Organisation die Wirksamkeit des Risikomanagementprozesses aufrecht halten zu können. Das am vorläufigen Ende der Risiko-Folge installierte Controlling ist insbesondere auf die Maßnahmenüberwachung ausgerichtet. Das Controlling der Risiken sollte den Risikomanagementprozess dauerhaft begleiten und nicht stringent linear erst nach der Maßnahmenfestlegung erfolgen. Insofern ist dieser letzte Bereich mit vielen Funktionen betraut. Neben der Risiko-, und der Maßnahmen-Kontrolle muss, neben der Überwachung des Prozesses selbst, auch der Unterbau des Risikomanagementsystems aufrecht erhalten werden. Dieser bildet in der Abbildung 17 bewusst die Basis der Abfolge der einzelnen Schritte, um ein tragfähiges Fundament darzustellen, das den Prozess begleitet und aufrechterhält.

2.4.5 Risiko-Kommunikation/ -Dokumentation

Die Dokumentation des Risikomanagementprozesses ist bereits in den einzelnen Phasen angesprochen worden, bis hin zum eigenen Prozessschritt Risiko-Beschreibung. Es ist bereits dargestellt worden, dass die identifizierten Risiken, die Ursachen und Folgen, sowie die Bewertungen zusammen mit der Risiko-Matrix dokumentiert werden sollten und in einem Risikobericht zusammengefasst werden sollten. Darüber hinaus sollten aber auch die Maßnahmen, inklusive Status und Termin, die Umsetzungen und auch die Überwachungsmechanismen/ -ergebnisse festgehalten werden. Risikomanagement macht nur einen Teil eines Unternehmens aus, der nicht durchgängig bei allen Zugehörigen Beachtung findet. Die

⁵⁹ (Akens-Fries 2002) S. 69

⁶⁰ (Akens-Fries 2002) S. 69

hauptverantwortlichen, personellen Besetzungen sind gering, so dass ein regelmäßiger Austausch und Bericht stattfinden und insbesondere die Geschäftsführung informiert werden sollte. Diese Risiko-Kommunikation sollte auf der Basis der Dokumentation erfolgen, weshalb Kommunikation und Dokumentation auch gemeinsam vorgestellt werden.

Eine weitere Form der Dokumentation ist neben der stringenten Erfassung der durchgeführten Aktivitäten auch die Sammlung von Checklisten, Formblättern, Verfahrens- oder Arbeitsanweisungen zum Risikomanagement in Form eines Risikomanagement-Handbuches. Dieses neutral, das heißt ohne konkrete Inhalte bzgl. der Unternehmensrisiken, gehaltene Handbuch kann auch an interessierte Parteien, wie zum Beispiel die Haftpflichtversicherungen weitergegeben werden, um die Existenz des funktionsfähigen Risikomanagementsystems unterstreichen zu können. Auch diese Art der Kommunikation findet auf der Basis der Dokumentation statt. Dieses Handbuch sollte eine genaue Beschreibung des Oberbaus, also der Strategie und Politik, sowie der Kultur und der Bewusstseinsbildung aufweisen.

Eine weitere Form der Kommunikation ist neben der Berichterstattung an die Geschäftsführung und der Kontakt zu Dritten, wie Versicherer oder Wirtschaftsprüfer, die Kommunikation zu den Mitarbeitern. An dieser Stelle ist ein enger Zusammenhang zur Risiko-Kultur zu sehen. Es sollten regelmäßige Zusammenkünfte stattfinden, um die Risiko-Kommunikation und damit das Risiko-Bewusstsein zu fördern. Der Ober- und der Unterbau setzen sich wie eine Klammer um den Kernprozess und sind, durch die Verbindungen untereinander, das tragende System der einzelnen Prozessschritte.

2.5 Einsatz von Instrumenten

Risikomanagement kann mit Hilfe verschiedener Instrumente eingeführt und umgesetzt werden. Dabei können Methoden der Risikoerkennung oder der Risikobewertung zum Einsatz kommen. Im Folgenden werden die wesentlichen Möglichkeiten dargestellt und erläutert.

2.5.1 Risiko-Instrumente der empirischen Analyse

2.5.1.1 Critical Incident Reporting System (CIRS)

Ein Critical Incident Reporting System ist ein Fehlermeldesystem zur Identifikation von Beinahefehlern und tatsächlichen Fehlern, mit dem Ziel der zukünftigen Fehlervermeidung. Der Ursprung dieses Systems liegt in der Luftfahrt und ist nach der Anwendung im amerikanischen Gesundheitswesen auch in Deutschland eingeführt worden. Beinahefehler und auch Fehler mit eingetretenem Schaden werden mit Hilfe eines Formblattes oder formlos - in der Regel digital - an eine zentrale Stelle gemeldet.

Wichtig dabei sind die genaue Beschreibung des Vorfalles, inklusive Schadens- und Ursachenbeschreibung. Diese gemeldeten Fehler werden systematisch ausgewertet, z.B. mit Hilfe der FMEA (siehe Kapitel 2.5.1.2) und es werden Verbesserungsmaßnahmen zur zukünftigen Vermeidung abgeleitet.⁶¹ Für den erfolgreichen Einsatz eines CIRS-Systems sind verschiedene Voraussetzungen unabdingbar. Es sollte zunächst eine Schulung zur Bewusstseinsbildung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen erfolgen. Nur wenn das Ziel und der Sinn des Systems durchgängig bekannt sind, wird dieses genutzt und effektiv eingesetzt, da dieses System von der Beteiligung der betroffenen Personen lebt.⁶² Darüber hinaus ist die Wahrung der Anonymität wichtig. Alle gemeldeten Vorkommnisse sollten anonym und ohne persönliche Schuldzuweisung erfolgen. Auch der Meldende kann anonym bleiben. Auch wenn „innerhalb eines Krankenhauses eine Kultur vorherrscht, die es erlaubt, offen vertrauenswürdig und ohne gegenseitige Schuldzuweisung möglichst sachlich und objektiv Fehler zu artikulieren“⁶³, sollte Anonymität gewährleistet sein. Ebenso ist die Unabhängigkeit des Systems von Hierarchieebenen und Weisungsbefugnissen zu beachten, sowie die Vertraulichkeit der Informationen. Das heißt, dass die Meldungen nicht an unbeteiligte oder institutionsexterne Personen oder Organisationen weitergegeben werden. Die einzuleitenden Verbesserungsmaßnahmen sollten sich auf strukturelle und organisatorische Veränderungen beziehen und individuelle oder persönliche Lösungen außer Acht lassen. Eine der elementaren Voraussetzungen für ein System, das neben den Beinahefehlern (proaktiv-präventiv) auch die tatsächlichen Fehler (reaktiv-präventiv) mit etwaigen Schadensfolgen zulässt, ist die Zusicherung der Straffreiheit, also die Umsetzung eines Non-punitive-Ansatzes.⁶⁴ Des Weiteren muss ein Fehlermeldesystem durch die Führungskräfte unterstützt und ggfs gefördert werden. Der Anwendungsbereich eines Systems ist variabel. Es ist denkbar, ein System abteilungsbezogen, krankenhausbezogen oder überregional und einrichtungsübergreifend, z.B. im Rahmen der medizinischen Fachgesellschaften aufzubauen. Je größer der Anwendungsbereich, desto sicherer in der Regel die Wahrung der Anonymität und der Straffreiheit. Je kleiner der Anwendungsbereich, desto schneller sind mögliche Verbesserungen, insbesondere bei bzw. nach Eintritt eines Schadens einzuführen.⁶⁵ Dennoch können auch große Anwendungsgebiete Nachteile aufweisen. Je übergreifender das System ausgerichtet ist, desto mehr haben unbeteiligte Dritte Zugriff und Einblick in die Meldungen. Daraus

⁶¹ Vgl. (von Heusinger and Schenkel-Häger 2006) S. 111-112

⁶² Vgl. (Gausmann 2005) S. 309

⁶³ (Pippig 2005) S. 10

⁶⁴ Vgl. (Mildenberger and Ulsenheimer 2003) S. 540

⁶⁵ Vgl. (Lauterberg and Kolpatzik 2005) S. 6

kann sich die Angst vor Benchmarking entwickeln und bei intensiver Nutzung des CIRS-Systems die gemeldete Fehlerhäufigkeit als Nachteil ausgelegt werden.⁶⁶

Ein funktionierendes Fehlermeldesystems ist eine effektive Regelung der Fehleridentifikation und damit auch eine Möglichkeit der Optimierung. Dennoch ist ein Identifikationsinstrument in der alleinigen Anwendung oftmals nur begrenzt nutzbar. Die gemeldeten Fehler sollten mittels diverser Bewertungsinstrumente kategorisiert werden, um eine effiziente Fehleroptimierung einführen zu können.

2.5.1.2 Die Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse (FMEA)

„Die Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse ist eine formalisierte, analytische und präventive Methode mit dem Ziel, mögliche Fehler in Konzeption oder Konstruktion schon vor ihrem Auftreten [oder nach Einführung des Ablaufs] zu erkennen und sie durch geeignete Maßnahmen zu verhindern“⁶⁷.

Bevor die FMEA durchgeführt werden kann, muss das zu untersuchende Objekt, bzw. System festgelegt werden. Eine allumfassende Analyse kann sehr umfangreich werden und dann den gewünschten Effekt der übersichtlichen Darstellung und zügigen Optimierung nicht mehr garantieren. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, Detail- bzw. Subziele zu definieren. Aus einem Gesamtablauf können relevante Bereiche herausgegriffen und eine Teilbewertung vorgenommen werden, so dass in Abhängigkeit von der interessierenden Fragestellung ein konkretes Untersuchungsziel bestehen bleibt.

Ist das Untersuchungsziel festgelegt, erfolgt innerhalb der *Strukturanalyse* eine genaue Beschreibung und damit eine Übersicht des zu untersuchenden Objektes oder Prozesses. Die Struktur eines Prozesses ergibt sich aus den unterschiedlichen Prozessschritten. An diesem Punkt kann eine schematische, graphische Darstellung sinnvoll sein. Die Festlegung der genauen Struktur ermöglicht eine exakte Vorgehensweise im folgenden Verlauf der FMEA. Eine Detaillierung in einzelne Elemente garantiert eine systematische Aufbereitung der Basis und somit eine optimale Grundlage für die weitere Analyse.⁶⁸

In der *Funktionsanalyse* werden den einzelnen Strukturelementen die jeweiligen Funktionen und Merkmale zugeordnet, so entsteht eine Funktionsstruktur, auf die an späterer Stelle das Fehlernetz aufgebaut werden kann. Eine Form der Funktionsanalyse ist die Orientierung an dem „5-M-Schema“ (Mensch, Maschine,

⁶⁶ Vgl. (Holzer et al. 2005) S. 158

⁶⁷ (Rettenbacher et al. 2005) S. 28

⁶⁸ Vgl. (DGQ 2004) S. 15, 16, 44

Material, Methode, Mitwelt). Die Beschreibung einer Funktion besteht mindestens aus einem Subjekt und einem Verb, muss aber in vielen Fällen noch ergänzt werden. Neben den definierten und festgelegten Funktionen sollten auch die Abhängigkeiten untereinander dargestellt werden. Ist die Struktur- und Funktionsanalyse erfolgt, steht die Grundlage für das Herzstück der FMEA, die nachfolgende Fehleranalyse und Risikobewertung.⁶⁹

In der *Fehleranalyse* werden mögliche Fehler in den einzelnen Prozessschritten dargelegt. Unabhängig davon, ob der Fehler als „nicht erfüllen“ oder „teilweise erfüllen“ von Funktionen tatsächlich in der Unternehmung präsent ist. Dabei sind zwei Schritte zu unterscheiden:

1. „Fehlfunktionen aus den Funktionen ableiten, den Funktionen zuordnen und die Aufstellung um die eigenen Erfahrungen ergänzen.
2. Den Fehlfunktionen werden Folgen und Ursachen zugeordnet. Damit entsteht eine Fehlerfunktionsnetz.“⁷⁰

Es ist wichtig, an dieser Stelle auf die Erfahrung und das Wissen der Mitarbeiter zurückzugreifen, um mit Hilfe von Expertengesprächen, alle möglichen Fehler erfassen zu können.⁷¹

Mit Hilfe der *Risikobewertung* kann der aufgeführte Fehler und damit das Risiko analytisch bewertet werden. Das macht den Reiz, aber auch die Schwierigkeit der FMEA aus. Die Beurteilung wird nach folgenden drei Kriterien vorgenommen:

- a. Bedeutung des Fehlers (B)
- b. Auftretenswahrscheinlichkeit des Fehlers (A)
- c. Entdeckungswahrscheinlichkeit des Fehlers (E)

zu a. Bedeutung des Fehlers (B)

Die Bedeutung eines Fehlers bezieht sich v.a. auf die Auswirkung des Fehlers und der Fehlerfolge. Dabei ist die Bedeutung ein Maß für die Auswirkung aus der Sicht des Betroffenen, z.B. aus der Sicht des Kunden/Patienten. Es ist also zu Grunde zu legen, in wieweit eine Einschränkung oder Beeinträchtigung des Kunden/Patienten durch diesen Fehler eintritt und wie stark sich dieser Fehler auf die Lebensqualität auswirkt. Das heißt, dass z.B. im Gesundheitswesen die monetäre Bedeutung des Fehlers zunächst sekundär gegenüber der medizinischen Bedeutung gehandhabt werden kann.

⁶⁹ Vgl. (DGQ 2004) S.17, 26, 45

⁷⁰ (DGQ 2004) S. 46

⁷¹ Vgl. (DGQ 2004) S. 17, 46

Es ist innerhalb der FMEA immer möglich, Modifikationen vorzunehmen, so dass in Fällen, die stark erlösrelevant sind oder wenn das Ziel der FMEA auf eine Kostenreduktion etc., ausgerichtet ist, die monetäre Bedeutung durchaus an Bedeutung gewinnen kann.

Die Bewertung erfolgt bei allen drei Bewertungskriterien von 1 bis 10. Wobei in diesem Fall 1 für einen kaum störenden Fehler und 10 für einen äußerst schwerwiegenden Fehler steht.⁷²

zu b. Auftretenswahrscheinlichkeit des Fehlers (A)

Die Auftretenswahrscheinlichkeit ist in der FMEA nicht als exakt-mathematisch ermittelte Wahrscheinlichkeit angesetzt, sondern wird mittels Expertenmeinung festgesetzt, dabei dienen Erfahrungen als Grundlage. Die direkte, mathematische Wahrscheinlichkeit hat sich nicht bewährt,⁷³ dennoch kann es durchaus sinnvoll sein, von der hypothetischen Betrachtungsweise abzuheben und die tatsächlich auftretenden Fehler innerhalb der Unternehmung zu betrachten. Damit stünde der tatsächlich auftretende Fehler im Mittelpunkt. Sinnvoll ist eine exakte Ermittlung, wenn eine genaue Einschätzung der Fehlerrate des jeweiligen Unternehmens dargelegt werden soll und eine profunde Datenbasis zur Verfügung steht, aus der die Wahrscheinlichkeit ermittelt werden kann. Auch an dieser Stelle erfolgt eine Bewertung auf einer Skala von 1 bis 10, wobei 1 für einen unwahrscheinlichen Fehlerauftritt und 10 für einen nahezu sicheren Fehlerauftritt steht.⁷⁴

zu c. Entdeckungswahrscheinlichkeit des Fehlers (E)

Das Maß der Wahrscheinlichkeit für die Entdeckung eines Fehlers zeigt auf, in welchem Ausmaß ein Risiko erkannt wird. Die ursprüngliche Form der FMEA bezog sich auf mögliche Fehler vor Erreichen der Kunden und damit auch auf eine Entdeckungswahrscheinlichkeit des Fehlers vor Erreichen der Kunden. Es ist ebenso sinnvoll, die Entdeckungswahrscheinlichkeit nach Auftreten des Fehlers anzusetzen. Im Gesundheitswesen ist es elementar, auch Beinahefehler zu entdecken, um z.B. späteren, gesundheitlichen Schädigungen vorzubeugen.

Die Bewertungspunkte von 1 bis 10 sind folgendermaßen anzusetzen. Bei einer nahezu sicheren Entdeckung des Fehlers wird mit 1 bewertet, bei einem nicht zu erkennenden Fehler mit 10. Wird der Fehler sofort entdeckt, können etwaige Schäden besser abgewendet werden als bei einer verspäteten Entdeckung.⁷⁵

⁷² Vgl. (DGQ 2004) S. 29, 47, 48

⁷³ Vgl. (DGQ 2004) S. 49

⁷⁴ Vgl. (DGQ 2004) S. 30, 49

⁷⁵ Vgl. (DGQ 2004) S. 30, 49

Diese 3 Kriterien können dann zu einer *Risikoprioritätszahl (RPZ)* zusammengefasst werden. Die RPZ ist das Produkt aus der Bedeutung (B), der Auftretenswahrscheinlichkeit (A) und der Entdeckungswahrscheinlichkeit (E).

$$\mathbf{RPZ = B \times A \times E}$$

Die RPZ bündelt die Bewertungen zu einer handhabbaren Ziffer und ist Ansatzpunkt für Optimierungsmaßnahmen. Ist die RPZ besonders hoch (Maximum: $RPZ = 10 \times 10 \times 10 = 1000$), bzw. enthält ein Risiko die Maximalpunktzahl 10 in einer der drei Bewertungskategorien, sind Verbesserungspotenziale abzuleiten und einzuführen. Es existiert kein starres System, welches festlegt, ab welcher RPZ Maßnahmen einzuleiten sind, das ist bei jeder FMEA individuell festzusetzen.

Ebenso haben korrektive Maßnahmen in der Regel einen großen Einfluss auf das finanzielle Budget der Unternehmung und das zeitliche Budget der Mitarbeiter. Demnach kann die „RPZ nicht das Maß aller Dinge, sondern nur ein Anhaltspunkt sein“.⁷⁶

Nach der Ermittlung der RPZ ist es in einigen Fällen sinnvoll, eine Optimierung vorzunehmen. Diese Maßnahme ist genau zu planen und umzusetzen. Dabei können zwei große Bereiche der Optimierung unterschieden werden:

1. Reduktion der Auftretenswahrscheinlichkeit durch Präventivmaßnahmen
2. Erhöhung der Entdeckungswahrscheinlichkeit durch Entdeckungsmaßnahmen

Beide Strategien beziehen sich in erster Linie auf die Fehlerursache. Das heißt, dass die Auftretenswahrscheinlichkeit der Fehlerursache und nicht des Fehlers im Mittelpunkt stehen sollte, ebenso wie die Entdeckung der Fehlerursache und nicht die Entdeckung des Fehlers.⁷⁷

Diese korrektiven Maßnahmen sollten nach ihrem Anstoß von einem Verantwortlichen begleitet und überwacht werden und nach einem bestimmten Zeitraum erneut zur Diskussion gestellt werden, um mögliche Fehlsteuerungen zu verhindern. Es sollte die Wirksamkeit der Methode dokumentiert und bewertet und gegebenenfalls modifiziert werden. Diese Vorgehensweise ist so lange aufrecht zu halten, bis nur noch verantwortbare Risiken existieren. Eine FMEA kann ständig aufrechterhalten werden, da eintretende Veränderungen auf Grund der systematischen Struktur- und Funktionsanalyse problemlos eingepflegt werden können. Somit kann eine permanente Überwachung des Ablaufs erfolgen, ohne ständig neue und umfassende Analysen durchführen zu müssen.⁷⁸

Der Analyseprozess wird mit Hilfe von Formblättern oder mit Hilfe von entsprechender Software durchgeführt. Diese Formblätter enthalten alle, von der Strukturanalyse bis

⁷⁶ Vgl. (DGQ 2004) S. 49

⁷⁷ Vgl. (DGQ 2004) S. 51

⁷⁸ Vgl. (DGQ 2004) S. 33

zur Optimierung, herausgefilterten Informationen. Es beginnt mit dem Ablaufschritt, der alle zu untersuchenden Schritte aufführt (Struktur-/Funktionsanalyse). Dann folgen mögliche Fehler (Was könnte dazu führen, dass das Ziel nicht erreicht wurde?) und die Fehlerauswirkung (Welche Folgen hat der Fehler?). Nach dieser Analyse werden auf dem Formblatt die gewählten Ziffern für die Bedeutung (B), die Auftretenswahrscheinlichkeit (A) und die Entdeckungswahrscheinlichkeit (E), sowie die entstehende RPZ eingetragen. Darüber hinaus sind auch die angestrebten Verbesserungen auf dem Formblatt abzubilden.⁷⁹

Abbildung 19: Das FMEA-Formblatt

Name des Krankenhauses:								
Name der Abteilung:								
Name des Gesamtablaufes:								
Durchführender:					Datum:			
Ablaufschritt	Möglicher Fehler	Fehlerauswirkung	A	B	E	RPZ = A x B x E	Fehlerursache	Optimierung der Fehlerursachen
<i>Auflistung aller zu untersuchenden Ablaufschritte</i> <i>Beispiel:</i> OP-Aufklärung OP-Vorbereitung OP-Schnitt etc.	<i>Was könnte dazu führen, dass das Ziel des Ablaufschrittes nicht erreicht wird?</i> <i>Beispiel:</i> Aufklärung erfolgt nicht korrekt, OP-Feld wird nicht markiert, Patient wird nicht mit vorliegenden Unterlagen abgeglichen, Kein Check-up der Bilder vor Schnitt etc.	<i>Was sind die Folgen/ Auswirkungen, wenn ein potentieller Fehler tatsächlich eintritt?</i> <i>Beispiel:</i> Körperverletzung in Folge des Aufklärungsfehlers Patientenverwechselung, Eingriffs- oder Seitenverwechselung etc.	8	8	5	320	<i>Aufzählung der möglichen Ursachen</i> <i>Beispiel:</i> mangelnde Einarbeitung neuer Mitarbeiter, Zeitmangel, fehlende Verfahrensanweisung etc.	<i>Bei hohen RPZs muss eingegriffen und eine Optimierung angestrebt werden.</i> <i>Beispiel:</i> Einarbeitungskonzept erstellen oder bzgl. der Aufklärung optimieren, Verfahrensanweisung zum Procedere vor OP-Schnitt erstellen etc.

A: Wahrscheinlichkeit des Auftretens
 B: Bedeutung
 E: Entdeckungswahrscheinlichkeit

(1= Fehlerauftritt unwahrscheinlich bis 10= nahezu sicherer Fehlerauftritt)
 (1= kaum störender Fehler bis 10= äußerst schwerwiegender Fehler)
 (1= sichere Entdeckung bis 10= nicht zu erkennender Fehler)

Quelle: selbst erstellt

⁷⁹ Vgl. (Engelings 2005) S. 15

2.5.1.3 Analyse von Schadensfallstatistiken, Komplikationsraten

Die Analyse der Schadensfallstatistiken oder der Komplikationen und Komplikationsraten bietet ebenfalls eine Möglichkeit der Identifikation von Fehlern. Dieser retrospektive Ansatz zeichnet sich vor allem darin aus, Häufigkeiten abzubilden und darüber hinaus die Folgen genau beziffern zu können. Während bei der Meldung von Beinahefehlern die Schadensfolgen in der Regel nur spekuliert werden können, hat man bei der Analyse von Komplikationsraten tatsächliche weiterführende Informationen, wie Nach-Operationen etc., die auch monetär benannt werden können. Auch bei der Interpretation der Schadensfälle sind Informationen vorhanden, mit denen sich die Vorkommnisse wesentlich objektiver einschätzen lassen. Das sind zum Beispiel die Informationen der Haftpflichtversicherer, um etwaige Kosten zu den eingetretenen Schäden beziffern zu können.

Die retrospektive Analyse bereits tatsächlich eingetretener Schäden und Komplikationen weist einige Vorteile, aber auch Nachteile auf. Die große Anzahl der Fehler ohne Schäden oder der Beinahefehler, die als wertvoller Schatz im Rahmen des Risikomanagements gesehen werden, bleibt außer Acht. Dadurch können die tatsächlichen Fehler und Schäden strukturierter beurteilt werden. Eine Kombination dieses Instrumentes mit einem CIRS-System könnte eine optimale Lösung darstellen.

2.5.1.4 Risikoanalyse mit Risikoprofil und Maßnahmenkatalog

Eine weiterführende Analyse der vorangegangenen Analyse der Schadensfälle und Komplikationen stellt ein sogenanntes Risikoprofil dar. Dieses Risikoprofil enthält in der Regel die Informationen aus der Interpretation der Schadensfälle und Komplikationen aber auch weiterführende Informationen über Risikopotenziale, die durch Sichtung von patientenbezogenen Unterlagen oder durch schriftliche und/oder mündliche Befragung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhoben werden. Des Weiteren sind Ergebnisse von Stationsbegehungen relevant. Das heißt, dass hier in Abgrenzung zu einem CIRS-System, eine Person die Daten erhebt und nicht alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gleichberechtigt Vorkommnisse melden und sammeln. Der Vorteil dieses Systems liegt darin, dass die Risikoanalyse durch Experten durchgeführt wird, so dass erhobene Daten alle relevanten Informationen aufweisen und die Auswertung auf Expertenwissen beruht. Nachteilig ist, dass eine Risikoanalyse eine Momentaufnahme darstellt. In einem begrenzten Zeitraum werden die Daten erhoben und ausgewertet. Ein CIRS-System dagegen ist ein fortlaufendes Instrument der Fehleridentifikation. Die Darlegung der haftungsrelevanten Risiken und Sachverhalte ist nur zeitpunktbezogen möglich. Die Durchführung einer Risikoanalyse und die Aufstellung eines Risikoprofils oder Risk Maps (siehe Kapitel 2.5.2.1), ggf. auch graphisch, ist sehr heterogen und

individuell. Welche Ergebnisse Eingang finden ist ebenso festzulegen, wie die Bewertung und Darstellung. Allen Analysen gemeinsam ist aber, dass nach der individuellen Datenerhebung und -auswertung ein Maßnahmenkatalog erstellt wird, der genaue Handlungsanweisungen zur Optimierung der Organisation gibt. Das erfolgt entweder in einem krankenhausweiten oder abteilungsbezogenen Bericht, der die Maßnahmen kategorisiert und bewertet, z.B. mit Hilfe eines Ampelsystems.⁸⁰

Alle retrospektiven Analysen sind zeitlich und personell sehr aufwendig. Es sollten nur Experten diese Analysen durchführen, die ein hohes medizinisches Wissen, aber auch Kenntnisse im Bereich des Risikomanagements und der Haftungsrelevanz haben.⁸¹

2.5.1.5 Beschwerdemanagement/ Patientenzufriedenheitsbefragungen

Auch ein funktionierendes Beschwerdemanagement kann als Risikomanagement-Instrument verstanden werden.⁸² Beschwerden von Patienten können wertvolle Hinweise zur Verbesserung der Organisation leisten und damit zur Erhöhung der Patientenzufriedenheit beitragen. In diesem Zusammenhang ist vor allem die Möglichkeit der Optimierung der strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten zu sehen. Es handelt sich in der Regel um bereits eingetretene Fehler und Schäden, aber es handelt sich auch um eine Erweiterung des Blickwinkels. Während bei den vorangegangenen Instrumenten nur Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeiter, allenfalls noch externe Experten, die Instrumente anwenden, wird in diesem Fall der Erfahrungshorizont auf Patienten ausgeweitet, die Fehler wahrnehmen, die Mitarbeiter nicht wahrnehmen können oder nicht als Fehler oder Vorkommnis bezeichnen. Patientenbeschwerden sollten schriftlich erfasst werden. Das heißt, dass entweder der Patient selbst einen Beschwerdebogen o.ä. ausfüllt oder der Mitarbeiter, an den die Beschwerde herangetragen wird, diese schriftlich festhält. Nur so ist eine strukturierte Analyse als Bestandteil des Risikomanagements möglich. Diese Analyse erlaubt die Einführung von Optimierungen. Neben der Schadensbegrenzung besteht im Rahmen des Beschwerdemanagements auch die Möglichkeit, das Renommee der Organisation zu schützen, bzw. zu stärken. Fehler, die Mitarbeiter oder Experten melden und verbessern, sind nicht immer auch die Fehler, die Patienten auffallen, bzw. die Patienten besonders stören oder beeinträchtigen (z.B. im Bereich der Dokumentation). Die Fehler, die Patienten aber besonders stören und beeinträchtigen (z.B. Mitarbeiterfreundlichkeit, telefonische Erreichbarkeit) bleiben oft ungenannt, wenn Patienten sich an Fehlermeldungen nicht beteiligen können. Diese Bereiche aber sind

⁸⁰ Vgl. (Gurcke et al. 2006) S. 33-34

⁸¹ Vgl. (Middendorf 2006b) S. 107

⁸² Vgl. (Gausmann 2002) S. 650

es, die Patienten weitertragen und dadurch das Renommee eines Hauses empfindlich stören können. Ein Patient, der nicht wiederkommt, ist ein verlorener Kunde⁸³ und ein Patient, der das Haus nicht weiterempfiehlt, ist ein verlorener Multiplikator. Aus diesem Grund ist es wesentlich, dass ein adäquater Umgang mit Beschwerden erfolgt.

Eng mit dem Beschwerdemanagement hängen Patientenzufriedenheitsbefragungen, insbesondere im Bereich der Analyse der Freitextangaben, zusammen.⁸⁴ Auch Patientenbefragungen sind ein wichtiges Instrument, Verbesserungspotenziale aus Kundensicht zu gewinnen. Patientenbefragungen erfolgen in den meisten Fällen schriftlich mit dem Ziel, die Zufriedenheit während des Krankenhausaufenthaltes mit der pflegerischen und ärztlichen Behandlung zu eruieren. Diese freiwillige und in der Regel anonyme Befragung liefert wertvolle Beiträge zur Identifikation von Vorkommnissen, um nach umfassender Analyse der Fragebögen Verbesserungsmaßnahmen einzuführen, die eine Verringerung der Fehler und Beinahefehler mit sich bringen kann.⁸⁵ Im Rahmen des Risikomanagements ist es sinnvoll, die Befragungen zu reduzieren auf „mögliche Verbesserungspotenziale, die insbesondere risikobehaftete Situationen betreffen, so lassen sich auch über diese Methode wichtige Hinweise darauf gewinnen, wo sich potenzielle Fehlermöglichkeiten entwickelt haben“⁸⁶. Der Entwicklung des Fragebogens kommt eine besondere Bedeutung zu. Es muss eine strukturierte Bewertung im Rahmen der Antworten erfolgen und es sollte immer die Möglichkeit eines Freitextes gegeben werden, dessen Analyse zwar nicht standardisiert erfolgen muss, dessen Inhalt aber zumeist einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung liefern kann.

2.5.1.6 Prozess-/Pfadmanagement

Als weitere Möglichkeit der Fehleridentifikation und -vermeidung kann die Prozessanalyse mit dem Ziel der standardisierten Pfade gesehen werden. In diesem Zusammenhang sind mehrere Faktoren relevant. Zum einen bietet die detaillierte Auseinandersetzung mit dem Prozessablauf die Möglichkeit, Schwachstellen aufzudecken und zu benennen. Schon die Darstellung der Prozesse im IST-Zustand kann diverse Bereiche offenlegen, die neu geregelt werden müssen. Wenn der Großteil der Prozesse einer Organisation detailliert betrachtet und unabhängig von der Darstellungsweise aufgeschrieben wird, werden sich bereits Optimierungen ableiten lassen.

Zum anderen kann als Ergebnis von Beschwerden, Patientenzufriedenheitsanalysen oder sonstigen Fehlermeldungen auch eine Optimierung der aufgestellten

⁸³ Vgl. (Ennker et al. 2007) S. 104

⁸⁴ Vgl. (Kirch 2005) S. 188

⁸⁵ Vgl. (Gurcke et al. 2006) S. 33

⁸⁶ (Ennker et al. 2007) S. 105

Prozessabläufe erfolgen. Die Anpassung des IST-Zustandes an einen gewünschten SOLL-Zustand wird dann erforderlich, um Verbesserungen umzusetzen und Fehler zukünftig zu vermeiden. Ein umfassendes Pfadmanagement bietet neben der Abbildung der einzelnen Prozessschritte, Verantwortlichkeiten und erforderlichen Dokumentationen auch die Möglichkeit der Kennzahleneinführung. Bestimmte Pfadabschnitte können mit Kennzahlen zur Messung belegt werden, um systematisch analysieren und optimieren zu können (z.B. Durchlaufzeiten, Fehldokumentation etc.) Insbesondere die Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge, die sich aus der Prozessanalyse ergeben, die durch die graphische Darstellung allen beteiligten Mitarbeitern zugänglich gemacht werden können, ist wichtig. Die entstehende Transparenz im Pfadablauf erhöht die Sicherheit und die Möglichkeit der Reorganisation.⁸⁷

Für die FMEA ist die Prozessanalyse unabdingbar und auch für die weiteren Risikomanagementinstrumente, insbesondere im Rahmen der Optimierungsphase ist ein strukturiertes Prozessmanagement sehr sinnvoll. Denn nur, wenn feststeht, wie gehandelt wird, können strukturierte Veränderungen eingeführt werden. Prozessabläufe benötigen dazu eine gewisse Verbindlichkeit. Aufgestellte Pfade müssen - als Anweisung formuliert - eine verbindliche Vorgabe für die betroffenen Personen sein, um einen immer gleichen Ablauf gewährleisten zu können. Die Festlegung hat den weiteren Vorteil, dass Routine und konsensfähige Verfahren Fehlerminimierung fördern und personenunabhängig fehlerarme Pfade durchgeführt werden können.

2.5.2 Weitere Risiko-Instrumente

Neben den in der folgenden empirischen Analyse (siehe Kapitel 6) relevanten Instrumenten im Rahmen des Risikomanagements, gibt es noch eine Vielzahl weiterer Möglichkeiten der Risikoidentifikation und -bewertung. Einige Möglichkeiten werden in diesem Kapitel beleuchtet.

2.5.2.1 Risk Map

Die Risikobewertung kann unter anderem mit Hilfe eines Risikoprofils, bzw. einer Risk Map dargestellt und vorgenommen werden. Die identifizierten Risiken werden mit Hilfe der Eintrittswahrscheinlichkeit und der Eintrittsintensität bewertet und gegenübergestellt. Diese Darstellung ermöglicht eine genaue Bewertung der Fehler und Risiken. Die numerische oder verbale Kategorisierung ist dabei frei wählbar. Denkbar sind Skalen von 1 (unbedeutend) bis 5 (katastrophal) oder auch Risikostufen,

⁸⁷ Vgl. (Middendorf 2006b) S. 112

wie niedrig, mäßig, hoch, sehr hoch. In der Regel erfolgt noch eine farbliche Kennzeichnung nach dem Ampelprinzip. Somit sind alle Risiken in einem Portfolio darstellbar und Verbesserungsmaßnahmen können je nach Bewertungsstufe eingeleitet werden.⁸⁸

2.5.2.2 Pareto-Prinzip

Ein weiteres Instrument der Risikobewertung ist die Pareto-Analyse. Das nach dem italienischen Ingenieur, Ökonomen und Soziologen Vilfredo Pareto benannte Prinzip beruht auf der Erkenntnis, dass 20% der Ursachen für 80% der Gesamtwirkungen verantwortlich sind. Das heißt, dass nach dieser Kategorisierung zunächst nur 20% der Problemgründe und -ursachen behoben werden müssen, um den größten Teil an Fehlerauswirkungen vermeiden zu können. Um jedoch auch die letzten 20% der Fehlerauswirkungen zu eliminieren, ist es notwendig, die weiteren 80% der Ursachen auszuschalten. Um die essentiellen 20% der Gründe und Ursachen zu filtern, werden zunächst alle Ursachen gesammelt, z.B. mit Hilfe des Brainstormings (siehe Kapitel 2.5.2.4). Dann werden die „Häufigkeiten der Ereignisse pro Risikoursache erhoben und die Ergebnisse nach ihrer Häufigkeit aufgelistet“⁸⁹. Die Häufigkeiten werden kumuliert und in der Regel graphisch dargestellt. Dabei werden die Ursachen nach ihrem Häufigkeitswert auf der x-Achse absteigend und die kumulierten Prozente auf der y-Achse abgetragen. Nach diesem Schritt sind die wichtigsten Ursachen am Beginn der Ordinate abzulesen, so dass diese Ursachen zuerst behoben werden sollten. Die einfache Interpretation hilft insbesondere bei einer Vielzahl von Gründen für Fehler und damit für Schäden. Es kann eine Konzentration auf das Wesentliche erfolgen und schneller eine größere Wirkung erzielt werden, als wenn alle Risikoursachen gleichermaßen behandelt werden.⁹⁰

2.5.2.3 Root Cause Analysis

Neben den vorangegangenen zwei Instrumenten der Risiko-Bewertung und neben der FMEA (siehe Kapitel 2.5.1.2) sind auch weitere Instrumente der Risikoidentifikation denkbar. Die Root Cause Analysis ist ein Instrument, das nicht die Fehler identifizieren kann, sondern die zu diesem Fehler führenden ursächlichen Gründe. Dabei ist es wichtig, vor allem auf die wahren Gründe und nicht auf die scheinbar ersten Ursachen zu achten. Im Rahmen der Root Cause Analysis dringt man immer weiter in mögliche Ursachenzusammenhänge ein, um nach Abstellen oder Veränderung auch den aufgetretenen Fehler abzustellen. Wenn man nur die scheinbar einfachste und

⁸⁸ Vgl. (Middendorf 2006b) S. 121-123

⁸⁹ (Middendorf 2006b) S. 128

⁹⁰ Vgl. (Middendorf 2006b) S. 128-129

naheliegenste Ursache behebt, ist in der Regel nicht gewährleistet, dass der Fehler tatsächlich und personenunabhängig eliminiert wird. Die Vorgehensweise kann dabei sehr heterogen ausfallen. Im Allgemeinen handelt es sich jedoch um ein immer weiteres Vordringen in die Ursachenzusammenhänge mit einem stetigen Fragen nach dem „Warum“ (auch: Warum-Warum-Analyse⁹¹). Ist nach einem Fehlereintritt das erste „Warum“ nach den Einflüssen zu diesem Fehlverhalten gestellt und beantwortet, so wird wiederum weiter nach dem „Warum“ dieser Einflüsse gefragt, um in der Tiefe die Quelle aufzuspüren und abstellen zu können.⁹²

2.5.2.4 Brainstorming

Mit Hilfe des Brainstormings wird versucht, innerhalb kurzer Zeit eine Fülle von kreativen Ideen abzugreifen. Dabei wird eine Gruppe von Teilnehmern gebeten, Ihre Ideen zu verschiedenen Themen darzustellen. Das heißt, dass dieses Instrument zur Risikoidentifikation genutzt werden kann, wenn der Auftrag sich auf die Sammlung von Fehlern und Beinahefehlern bezieht. Darüber hinaus können auch Ursachen für diese Fehler zusammengetragen oder Lösungs- und Verbesserungsvorschläge erfasst werden. Um ein gutes Ergebnis zu erlangen, sollte die Gruppe nicht zu groß sein (gegebenenfalls 5 bis 7 Teilnehmer), sie sollte interdisziplinär zusammengesetzt sein und Hierarchien sollten unbeachtet bleiben, um Denkblockaden oder Zurückhaltung auszuschalten. Aus diesem Grund werden alle Vorschläge gleichermaßen wertfrei aufgenommen. Der Benefit dieser Methode liegt vor allem in der Möglichkeit der Weiterentwicklung fremder Ideen im Rahmen einer Assoziationskette. Das heißt, dass fremde Ideen die übrigen Teilnehmer erst auf die weiterführenden kreativen Ergebnisse bringen. In der Regel werden die Ergebnisse entweder von einem Moderator schriftlich fixiert oder von den Teilnehmern selbst schriftlich festgehalten.⁹³

2.5.2.5 Ishikawa-Diagramm

Das Ishikawa- oder Ursache-Wirkungs-Diagramm beinhaltet eine graphische Darstellung einer strukturierten Sammlung von Fehlerursachen zu einem konkreten Problem auf geht auf den Japaner Kaoru Ishikawa zurück. Dieses Problem kann bereits aufgetreten sein, es kann sich aber auch um einen fiktiven Sachverhalt handeln, man spricht von retro- bzw. prospektiver Analyse. Die Ursachen werden dabei nach bestimmten Kategorien geordnet, die in der Regel die Bereiche Mensch, Maschine/Technik, Mitwelt/Umwelt und Methode/Prozess umfassen, aber auch individuell, je nach zu Grunde liegendem Problem, neu oder anders definiert werden

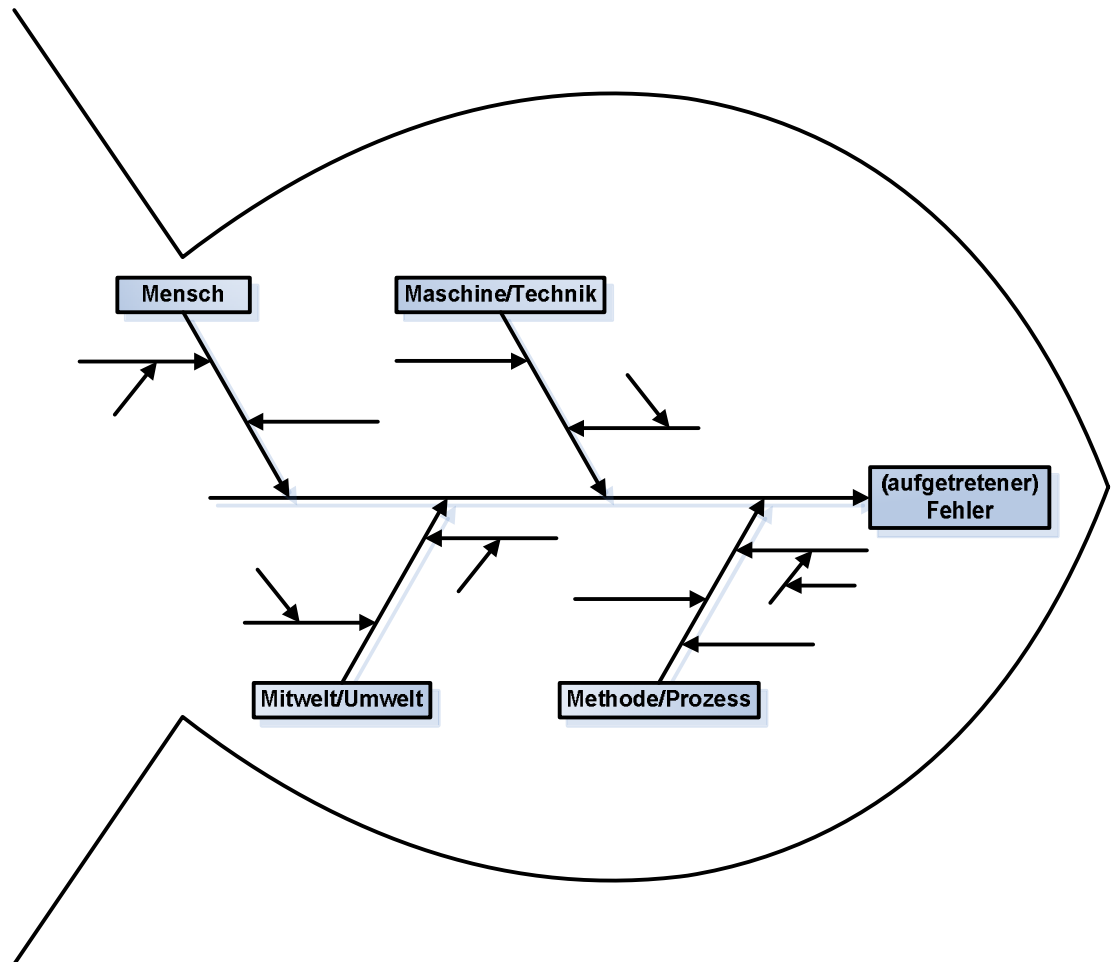
⁹¹ Vgl. (Kahla-Witzsch 2005) S. 64

⁹² Vgl. (Middendorf 2006b) S. 103-105

⁹³ Vgl. (Middendorf 2006b) 107-108

können. Alle Ursachen werden gesammelt, der entsprechenden Kategorie zugeordnet und gegebenenfalls sogar gewichtet, um Haupt- und Nebenursachen kenntlich zu machen. Das Ishikawa-Diagramm bietet die Möglichkeit, auch Anlässe für die Ursache zu filtern und visuell festzuhalten, in dem die einzelnen Gründe ebenfalls mit Ursachen versehen werden. Die so entstehende Struktur mit ihrer Verästelung erinnert an eine Fischgräte, so dass man auch vom Fischgräten-Diagramm spricht.⁹⁴

Abbildung 20: Ishikawa- oder Ursache-Wirkungs-Diagramm



Quelle: selbst erstellt

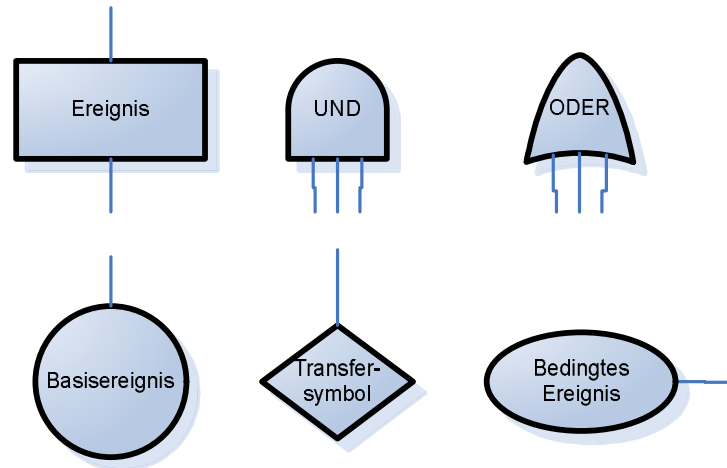
2.5.2.6 Fehlerbaumanalyse

Auch die Fehlerbaumanalyse ist eine graphische Möglichkeit, bestimmte Ursachen für ein unerwünschtes Ereignis zu erschließen. Die Vorgehensweise ist dabei deduktiv, das heißt, es wird von dem Fehler bzw. Beinahefehler auf mögliche Gründe geschlossen. Die graphische Darstellung zeichnet sich vor allem durch die

⁹⁴ Vgl. (Middendorf 2006b) S. 109- 110

Verwendung einer bestimmten Symbolik aus, die die Fehlerbaumanalyse von anderen Ursachenanalysen unterscheidet.

Abbildung 21: Symbolik der Fehlerbaumanalyse



Quelle: In Anlehnung an (Middendorf 2006b) S. 113

Insbesondere die Booleschen Operatoren UND und ODER sind kennzeichnend für eine Fehlerbaumanalyse. Komplexe Zusammenhänge können visualisiert und strukturiert vereinfacht dargestellt werden. Zur optimalen Nutzung werden eine genaue Kenntnis der Vorgeschichte und deren Zusammenhänge vorausgesetzt. Da dieses Wissen bei Systemen und Fehlern mit menschlichen Einflüssen nicht allumfassend vorausgesetzt werden kann, findet die Fehlerbaumanalyse vor allem Einsatz bei komplexen, technischen Systemen in Bezug auf Zuverlässigkeit und Sicherheit. Weiterführend kann innerhalb der Fehlerbaumanalyse ebenfalls eine Bewertung der Ereignisse stattfinden, indem die Eintrittswahrscheinlichkeiten $W(c)$ auf Grund von Erfahrungen oder auf Grund von Schätzungen eingebracht werden. Handelt es sich auf der Ereignisstufe um eine Boolesche UND-Verknüpfung, sind die Eintrittswahrscheinlichkeiten der Unterereignisse zu multiplizieren $W(c) = W(a) \times W(b)$, kommt es auf einer Ereignisstufe zu einer ODER-Verknüpfung, muss von der Summe der Eintrittswahrscheinlichkeiten der untergeordneten Ereignisse das Produkt subtrahiert werden $W(c) = W(a) + W(b) - W(a) \times W(b)$.⁹⁵

2.5.2.7 Risikoatlas

Der Risikoatlas sei als eine komprimierte Darstellungsform aller Risiken extra erwähnt. Ähnlich wie beim Risikoprofil oder Risiko-Map (siehe Kapitel 2.5.2.1) werden die Risiken zusammengefasst und übersichtlich dargestellt. Der Risikoatlas erhebt jedoch zusätzlich den Anspruch der genauen Kategorisierung nach frei festzulegenden

⁹⁵ Vgl. (Middendorf 2006b) S. 113-115

Einheiten (z. B. Umfeld, Personal, Finanzen) und der genauen Risikobeschreibung, die mit Ursachen und Folgen versehen sein sollte. Darüber hinaus sind die Risiken einem Bereich oder Prozess zugeordnet. Das heißt, der Risikoatlas bietet eine Hilfe um nach der Anwendung diverser Risikoidentifikations- und Bewertungsinstrumente und der Filterung von Gründen und Folgen, die gesammelten Informationen zur Weiterverarbeitung darzustellen.⁹⁶ Eine zusätzliche Weiterentwicklung kann auch die in der Regel hinterlegte Softwarestruktur sein. Diese Software beinhaltet integrierte Bewertungssysteme, z.B. automatisierte Ampelsysteme, oder integrierte Verknüpfungsmodule zu einzelnen Prozessen oder Kliniken. Die Bewertungssysteme können vielfältig gestaltet sein. Es kann sich um Beurteilungen hinsichtlich der Patientensicherheit, aber auch hinsichtlich finanzieller und oder haftungsrelevanter Aspekte handeln. So bietet der Risikoatlas eine Grundlage für kombiniertes finanzielles und klinisches Risikomanagement.⁹⁷

2.5.2.8 Szenariotechnik

Als vorletztes Instrument wird an dieser Stelle die Szenariotechnik beschrieben. Es handelt sich hierbei ausschließlich um ein zukunftsgerichtetes Modul zur Identifikation von Fehlern und Risiken. Mit Hilfe von Vorstellungen, Meinungen, Informationen und Daten werden zukünftige Zusammenhänge, Szenarien prognostiziert, um adäquat reagieren zu können. Es geht weniger darum, ein genaues und treffsicheres Bild der Zukunft vorauszusagen, als vielmehr darum, verschiedene Szenarien aufzuzeigen, die, in sich schlüssig, bessere und differenziertere Entscheidungen zulassen. Szenarioanalysen sind in der Regel sehr aufwendig. Die Studien müssen sehr präzise durchgeführt werden. Die Schwierigkeit liegt dabei vor allem auf der Tatsache, dass diese Analysen in einem instabilen Umfeld allumfassend und langfristig durchgeführt werden. Der Horizont liegt im Allgemeinen sehr weit in der Zukunft und der Untersuchungsgegenstand ist sehr weit gefasst. Es werden weniger einzelne Abläufe auf mögliche Schwachstellen fiktiv untersucht, als vielmehr komplexe Zusammenhänge mit diversen Gesichtspunkten, wie betriebswirtschaftliche, methodische, klinische, haftungsrelevante und andere Entwicklungen. Auf Grund dieser vorliegenden komplexen Strukturen folgt die Szenarioanalyse einer bestimmten Technik, die verschiedene Schritte umfasst.⁹⁸

⁹⁶ Vgl. (Henneke and Schikora 2006) S. 58

⁹⁷ Vgl. (Roeder et al. 2007) S. 435

⁹⁸ Vgl. (Kahla-Witzsch 2005) S. 65

Schritt 1: Definition des Szenariofeldes und Einflussanalyse

Zu Beginn muss der Untersuchungsgegenstand festgelegt und möglichst genau definiert werden, damit alle an der Analyse beteiligten Personen für das gleiche Ziel Szenarien entwickeln können. Dann wird der Zukunftshorizont festgelegt. Darüber hinaus sind auf Grund der Komplexität der Szenariofelder, Einflussfaktoren aus allen Bereichen des Umfeldes des Untersuchungsgegenstandes zu benennen. Alle Einflussfaktoren sollten kurz beschrieben werden, um Verständnisprobleme zu vermeiden. Damit die hohe Anzahl von Einflussfaktoren die Szenarioanalyse nicht behindert, sollten zusätzlich einige Einflussfaktoren als Schlüsselfaktoren benannt werden, die den größten Einfluss auf das Szenariofeld haben.

Schritt 2: Bildung verschiedener Trends

Nach Schritt 1 beginnt nun die Trendprojektion. Zu allen Schlüsselfaktoren werden zukünftige Zustände ermittelt. Alle Möglichkeiten werden in diesem Schritt unstrukturiert festgehalten. Charakterisierend ist die Heterogenität dieser Trends. Sie unterscheiden sich sehr im Hinblick auf Informationsdichte, Datenbasis, Zukunftshorizont, geographische Reichweite, Relevanz etc. Die Faktoren werden in der Regel in einer Matrix in Bezug zueinander gesetzt.

Schritt 3: Szenarienbildung

Nachdem die einzelnen Trends aufgezeigt worden sind, werden diese nun zu stimmigen und in sich schlüssigen Zukunftsszenarien verknüpft. Es sollten alle möglichen Kombinationsmöglichkeiten berücksichtigt und eine adäquate Anzahl von Szenarien entworfen werden.

Schritt 4: Analyse und Interpretation

Die so gebildeten Szenarien sollten im Abschluss sinnvoll interpretiert werden. Neben der Berücksichtigung möglicher Eintrittswahrscheinlichkeiten sollten vor allem die aus den Szenarien resultierenden Konsequenzen Berücksichtigung finden. Im Rahmen des Risikomanagements ist auf Fehler und Risiken zu achten. Auf dieser Grundlage werden einzelne Szenarien herausgegriffen und nach ihrer Relevanz in den nächsten Schritt einbezogen.

Schritt 5: Handlungsmaßnahmen ableiten

Die für die Institution relevanten Szenarien für das definierte Untersuchungsfeld sollten Auswirkungen auf das gegenwärtige Handeln aufweisen. Es sollte ein Rückgriff auf die heutigen Handlungen zugelassen werden und eine Entwicklung von Maßnahmen damit

einhergehen, die die Zukunftsszenarien und ihre etwaigen Auswirkungen gegebenenfalls beeinflussen können. Die gebildeten Szenarien und die abgeleiteten Handlungsmaßnahmen sollten systematisch verfolgt und den jeweiligen Gegebenheiten angepasst werden.⁹⁹

Als Beispiel für eine Szenarioanalyse im Gesundheitswesen kann die Studie von Arthur Andersen Healthcare „Krankenhaus 2015“ herangezogen werden.¹⁰⁰

2.5.2.9 Best Practice

Als letztes Instrument wird als Überleitung zu den krankenhausspezifischen Instrumenten „Best Practice“ vorgestellt. Eine Möglichkeit, die sich nicht nur im Krankenhaus anwenden lässt, aber hier thematisch passend in den Zusammenhängen des Gesundheitswesens dargestellt wird. Es stellt sich die Frage, in wie weit aktuelles Wissen in die Entscheidungsfindung einfließen kann. Es sollte das innovative Know-How über beste Prozesse, sparsamsten Ressourceneinsatz, fehlerärmste Abläufe und vieles mehr die Entscheidungen nachhaltig beeinflussen, um die „beste Praxis“ zu installieren.¹⁰¹

Im Gesundheitswesen bedeutet das vor allem, sich auf evidenzbasierte Medizin, aktuelle Leitlinien und Technologienentwicklung und -bewertung (Health Technology Assessment) zu konzentrieren, um die „Verbesserung von Prozessen hinsichtlich Qualität, Effizienz und Output“¹⁰², also um die Gesundheitsversorgung zu optimieren.

2.5.3 Spezielle Risiko-Instrumente im Krankenhaus

Neben den allgemeinen, auch in anderen Zusammenhängen anwendbaren Risiko-Instrumenten, gibt es spezielle Methoden, die sich im Gesundheitswesen etabliert haben. Zwar können diese auch in anderen Institutionen zum Einsatz kommen (z.B. Vier-Augen-Prinzip), aber den folgenden vier Möglichkeiten kommt im Krankenhaus eine besondere Bedeutung zu.

2.5.3.1 Vier-Augen-Prinzip

Das Vier-Augen-Prinzip beinhaltet die Kontrolle von Entscheidungen oder Maßnahmen durch eine weitere Person, um Fehler zu erkennen, Risiken zu minimieren und Schäden vorzubeugen. Im Gesundheitswesen ist in diesem Zusammenhang vor allem die Zweitmeinung relevant, um Diagnose- und Therapieentscheidungen abzusichern. Aber auch in anderen Bereichen, wie Medikamentenverordnung bzw. -gabe oder OP-

⁹⁹ Vgl. (Fink 2006) S. 180-190

¹⁰⁰ Vgl. (Andersen 2000)

¹⁰¹ Vgl. (von Eiff 2006a) S. 162

¹⁰² (Perleth et al. 2000) S. 741

Vorbereitung sollte das Vier- oder sogar Mehr-Augen-Prinzip zum Einsatz kommen. Bei Einsatz dieses Mechanismus spricht man auch davon, ein fehlertolerantes System zu schaffen, bzw. die Prozesse fehlertolerant zu gestalten.¹⁰³

Die Einführung eines Vier-Augen-Prinzips benötigt eine offene Fehlerkultur, in der Kritik oder Korrektur nicht als persönlicher Angriff gewertet werden, dieses ist insbesondere dann schwer umzusetzen, wenn interdisziplinär, bzw. berufsgruppen- und hierarchieübergreifend gearbeitet wird. Aufgedeckte Fehlentscheidungen sind konstruktiv und kollegial zu äußern und nicht im Sinne einer Überwachung vorzubringen.¹⁰⁴ Der entdeckte Fehler ist kein Gewinn der Person, die das Problem thematisiert, sondern ein Gewinn zur Optimierung der Patientensicherheit.

2.5.3.2 Computergestützte Arzneimittelversorgung

Das Vier-Augen-Prinzip kann auch in der Arzneimitteltherapie Verwendung finden. Amerikanische Studien belegen, dass 19% der angeordneten Medikamente den Patienten nicht wie geplant erreichen. Deutsche Analysen bestätigen diese Zahl.¹⁰⁵

Medikamentenfehler (siehe Abbildung 4) sind sehr risikoreich. Durch die Vielzahl der beteiligten Personen, bzw. Berufsgruppen - Ärzte, Pflege, Apotheke - entstehen im Rahmen von Schnittstellen- und Kommunikationsdefiziten Fehler bei der Verschreibung, Dosierung, Verabreichung und Überwachung der Arzneimittel. Neben den Empfehlungen Rezepte leserlich und deutlich zu verfassen, Medikamente angemessen zu lagern und zu kennzeichnen,¹⁰⁶ oder das Vier- oder Mehr-Augen-Prinzip einzusetzen, gibt es die Möglichkeit der computergestützten Arzneimittelversorgung im Krankenhaus. Die Auswirkungen fehlerhafter Entscheidungen im Bereich der Medikation sind vielfältig. Vom Ausbleiben der gewünschten Wirkung, vorübergehendem Unwohlsein, dauerhaften Schädigungen bis hin zum Tod sind alle Möglichkeiten der Begleiterscheinungen möglich. Besonders schwierig wird es, wenn die Symptome des Patienten nicht auf die fehlerhafte Medikamentengabe zurückgeführt werden, sondern pharmakotherapiebedingte Fehldiagnosen gestellt und therapiert werden.¹⁰⁷ Neben den Fehlern bei „unzureichender Übermittlung pharmazeutischer Informationen, unzureichender Kontrolle von Arzneimitteldosierungen, falscher Zuordnungen von Pharmaka zu Patienten und nicht korrekter Information des Patienten“¹⁰⁸, ist auch die zeitgleiche Vorordnung verschiedener Medikamente mit den nachfolgenden Wechselwirkungen problematisch. Diesen Risiken kann mit Hilfe der EDV-basierten Medikation begegnet

¹⁰³ Vgl. (Ennker et al. 2007) S. 118

¹⁰⁴ Vgl. (Paula 2007) S. 39-40

¹⁰⁵ Vgl. (Grandt and Breßlein 2004) S. 607

¹⁰⁶ (Kahla-Witzsch and Platzer 2007) S. 100-103

¹⁰⁷ Vgl. (Kirch 2005) S. 115, 126

¹⁰⁸ (Glazinski and Wiedensohler 2004) S. 35

und die Sicherheit erhöht werden. Fehlende Kenntnisse der Mitarbeiter über das Medikament und seine Benutzung oder über die korrekte Bezeichnung und gängige Dosierung können durch ein solches System aufgefangen werden. Auch Übertragung der handschriftlichen Anordnungen in das krankenhausinterne Beschaffungswesen können bei Direkteingabe umgangen werden, ebenso Fehler auf Grund falsch geschriebener Bezeichnungen, fehlender Angaben oder unleserlicher Handschriften. Die Systeme fordern in der Regel Mindestangaben, das heißt, das Medikament kann bei fehlenden Angaben, wie Dosierung etc. nicht endgültig in das System eingegeben werden. Darüber hinaus wird durch Vermeidung von Doppelarbeit und direktem elektronischem Übertrag an die Apotheke der Bestellprozess verkürzt. Das System kann auch bei Eingabe bestimmter Parameter, wie Indikation, Größe und Gewicht des Patienten Dosierungen vorschlagen und als Entscheidungshilfe dienen. Weiterhin können bei Eingabe der weiteren Arzneimittel automatisch Wechselwirkungen und Ausschlusskriterien angezeigt werden. Das System sollte auch den weiteren Prozess nach Verordnung und Bestellung begleiten, das heißt, es sollte eine stetige Informationsquelle darstellen und vor Verabreichung und während der Kontrollen dazugezogen werden. Es besteht auch die Möglichkeit, innerhalb dieses Prozesses weitere Informationen oder Änderungen einzugeben. Das heißt, wenn Anordnungen geändert werden und alle auf dieses Medium zugreifen, umgeht man das Problem, dass die Ausführenden veraltete Informationen verwenden. Ein solches System amortisiert sich nach Expertenmeinung (IOM) auf Grund der oben beschriebenen Einsparungen und der Einsparungen, die sich durch vermiedene Fehler ergeben, wie Therapiefolgekosten oder juristische Kosten nach 3-5 Jahren.¹⁰⁹

Das elektronisch basierte Medikamentenmanagement kann, wenn es ausgeweitet wird, noch weitere Vorteile bieten. Es können zum Beispiel elektronische Versorgungsstationen eingerichtet werden, die die adäquate Aufbewahrung und Freigabe der Pharmazeutika kontrollieren. Es kann neben Medikamentendiebstahl, auch der Verfall, durch Überschreitung des Mindesthaltbarkeitsdatums, minimiert werden, da die Station automatisch auf die verfallenen Medikamente aufmerksam macht, bzw. die Medikamente nur frei gibt, wenn die Entnahme zum gespeicherten Patienten und dessen Verordnung passt.¹¹⁰ In der Regel werden diese Medikamente mit Barcodes versehen, auch um zu vermeiden, dass gleich aussehende oder ähnlich klingende Arzneien verwechselt werden. Neben den Investitionen und möglichen Integrationsproblemen in die krankhauseigene Software sollten vor allem systemimmanente Fehler vermieden werden. Die Informationen, die ein solches Medikamentensystem ausgibt, beispielsweise bei Dosierungsempfehlungen oder

¹⁰⁹ Vgl. (Middendorf 2006b) S. 169-170

¹¹⁰ Vgl. (von Eiff 2006b) S. 16

Hinweise auf Wechselwirkungen, sind nur so gut wie die zuvor eingegebenen Informationen bzw. nur so gut wie die Quelle, aus der sich das System speist. Die reduzierte Fehlerrate darf im Bereich des Medikamentenmanagements nicht durch Programmfehler oder Datenverlust wieder zunichtegemacht werden.¹¹¹ Zur effizienten Nutzung sollte ein solches System einen Risikospeicher haben. Das heißt, alle Meldungen, die vom System ausgegeben werden, beispielsweise im Bereich der Wechselwirkungen sollten gespeichert und für zukünftige Analysen und Trainings festgehalten werden.

2.5.3.3 Mindestmengen als Qualitätsindikator

Im Jahr 2004 hat der Gemeinsame Bundesausschuss für 5 Operationsarten Mindestmengen festgelegt (siehe § 137 SGB V). Die Mindestmengen beziehen sich auf Pankreas- und Ösophagusresektionen¹¹² und auf Nieren-, Leber- und Stammzellentransplantationen. Dieses Vorgehen beruht auf dem Prinzip „Übung macht den Meister“ und soll vor allem durch hohe Erfahrung Sicherheit und Routine bringen. Für den Patienten bedeutet das, dass er nur noch von erfahrenen Ärzten behandelt wird. Die so ansteigende Spezialisierung führt zu Zentrenbildung (Centers of Excellence), die in der Regel eine große Interdisziplinarität bieten, so dass Vor- und Nachbehandlung optimal gewährleistet werden können. Die Pfade und das Schnittstellenmanagement sind definiert. Darüber hinaus können „durch die Fallzahlkonzentrierung Effizienzgewinne möglich werden, wobei die Fallkosten und Verweildauern sinken könnten“¹¹³.

Die Studiengrundlage zur Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses weist positive Mengeneffekte auf, ist aber in ihrer Struktur sehr heterogen. Beispielsweise werden in den Studien die Schweregrade und Komorbiditäten der Patienten nicht stringent beachtet. Leistungserbringer, die die festgelegten Schwellenwerte nicht erreichen, dürfen diese Prozedur nicht mehr anbieten. Der Patient hat möglicherweise weniger Wahlmöglichkeiten. Ob die Mindestmengen pro Krankenhaus oder pro Operateur ihren größten Nutzen entwickeln können, ist nicht abschließend geklärt. Einfluss hat diese Regelung auch auf die Weiterbildung. Für Assistenzärzte werden die Stellen, wo sie diese Prozeduren erlernen können, weniger und junge Operateure haben es möglicherweise schwerer, eine Mindestmenge zu erreichen, die ältere und erfahrene Kollegen aufweisen. Die Streichung dieser Operationen in Häusern, die die angesetzten Menge nicht erreichen, kann Verlust von Erfahrung bedeuten, die für andere Prozeduren oder Notfallsituationen hilfreich wäre. Die Einhaltung der

¹¹¹ Vgl. (Holzer et al. 2005) S. 152

¹¹² operative Entfernung bestimmter Gewebeteile oder Tumore (Resektion) in/an Bauchspeicheldrüse (Pankreas) und Speiseröhre (Ösophagus)

¹¹³ (Geraedts 2004) S. A-1403

Mindestmengen und die korrekte Angabe der Indikationen müssen kontrolliert werden.¹¹⁴ Der Gemeinsame Bundesausschuss hat eine Begleitforschung zum Thema Mindestmengen initiiert, die zum einen die Umsetzung der Mindestmengen, zum anderen die Auswirkungen auf die Versorgung der Patienten zum Ziel hat. Diese Untersuchungen haben kontinuierlich in den letzten Jahren auf Grund verschiedenster Daten (gesetzliche Qualitätsberichte der Kliniken, Befragungen repräsentativer Häuser, Fallzahlen der mindestmengenrelevanten Prozeduren, Daten der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung BQS zu Knie-TEP-Eingriffen¹¹⁵) die schrittweise Einführung der Mindestmengen verfolgt. Es zeigen sich „keine drastischen Veränderungen, weder die prognostizierten Veränderungen der Versorgungsstrukturen, noch der Patientenströme oder - soweit messbar - der Ergebnisqualität“¹¹⁶.

2.5.3.4 Armbänder zur Patientenidentifikation

Als letztes Risikomanagement-Instrument ist das Patientenarmband zur Identifikation relevant. Der Vorläufer des Barcodearmbandes oder elektronischen Armbandes ist das klassische Armbändchen im Krankenhaus, das handschriftlich Name, Geburtsdatum und gegebenenfalls die Station beinhaltet. Dieses Bändchen ist sehr weit im Bereich der Säuglings- und Kinderversorgung verbreitet, da diese Patienten sich nicht zu ihrer Person äußern können. Es gibt aber auch Häuser, in denen weitere Patientengruppen, wie Demenzkranke oder akut alkoholisierte Patienten in der Notaufnahme oder alle Patienten dieses Band bekommen. Die Weiterentwicklung dieses klassischen Armbändchens ist ein Barcodearmband, das als computerlesbares Patientenidentifikationsinstrument eingesetzt wird. Der Barcode enthält alle wichtigen Informationen und kann schnell und sicher eingelesen werden. Neben der Sicherheit im Bereich der Patientenidentifikation zur Vermeidung von Verwechslungen, geht mit diesem Armband eine wesentliche Arbeitserleichterung einher, denn die eingelesenen Patientendaten erscheinen für den betroffenen Mitarbeiter direkt im Computer. Das zeitaufwendige Suchen oder Eingeben der Daten entfällt. Darüber hinaus ist in diesem Zusammenhang die Einführung von RFID-Tags (Radio Frequency Identification) denkbar, dadurch wird der Identifikationsprozess noch weiter optimiert, Es lassen sich viele Informationen speichern, wie Vorerkrankungen oder Unverträglichkeiten. Die Lesbarkeit wird verbessert, indem zum Beispiel automatisierte Systeme installiert werden, die das Ablesen des Armbandes überflüssig machen und automatisch, nach passieren eines bestimmten Punktes, die Daten transparent machen. Ein Einsatzgebiet

¹¹⁴ Vgl. (Geraedts 2004)

¹¹⁵ Knietotalendoprothese

¹¹⁶ (Geraedts et al. 2008)

wären auf Grund der Vielzahl risikorelevanter Prozesse Operations- und Anästhesievorbereitung. Ein elektronisches Armband ist geeignet Patienten-, Eingriffs- und Seitenverwechslungen zu reduzieren und die Schnittstellen optimal zu gestalten. Darüber hinaus müssen bei einer Vielzahl von Informationsspeichermöglichkeiten datenschutzrelevante Aspekte berücksichtigt werden.¹¹⁷

Die umfassende Anwendung dieser Identifikationsarmbänder ist jedoch noch nicht weit verbreitet. Den Grund sieht Gausmann darin, dass Krankenhäuser annehmen, Patienten lehnen ein solches Armband ab.¹¹⁸

2.6 Risikomanagement und Qualitätsmanagement

Es existieren viele methodische und inhaltliche Gemeinsamkeiten im Bereich des Risiko- und Qualitätsmanagements. Dennoch hat jedes dieser Managementsysteme verschiedenen Blickwinkel, wenn auch unter gleicher Zielsetzung. Im Gesundheitswesen ist die optimale Versorgung des Patienten oberstes Ziel.¹¹⁹ Beispiele für die unterschiedlichen Blickwinkel im Hinblick auf dieses Ziel sind die Aufklärung und das Beschwerdemanagement. Der durch Qualitätsmanagement standardisierte Ablauf der Aufklärung hat zum Ziel, eine optimale Information und Kommunikation zu erreichen. Aus risikorelevanter Sicht ist es elementar, dass die Aufklärung den rechtlichen Anforderungen entspricht.

Das Beschwerdemanagement im Sinne des Qualitätsmanagements zielt im Wesentlichen auf die optimierte Kundenzufriedenheit ab. Bei Analysen der Beschwerden auf Risikomanagementgrundlage werden haftungsrechtliche Schwachstellen identifiziert. An dieser Stelle kann man die Abgrenzung vornehmen. Risikomanagement betrachtet nicht nur die Kundenzufriedenheit, sondern auch die haftungsrechtlichen und ökonomischen Gesichtspunkte.¹²⁰ Die Trennschärfe ist durchaus verschwommen, denn durch die Ablaufoptimierung im Qualitätsmanagement wird durchaus die Rechtssicherheit erhöht, aber eher als Nebenprodukt, da die Spezifika der Haftung nicht im Vordergrund stehen. Das Risikomanagement hingegen fokussiert auf die Reduzierung der Haftungsrisiken.¹²¹ Risikomanagement wird auch als juristische Qualitätssicherung¹²² bezeichnet. Da aber die losgelöste Betrachtung voneinander nicht eindeutig definiert werden kann, liegt es nahe, eine Integration beider Systeme zu forcieren, um Synergieeffekte nutzen zu können. Risikomanagement und Qualitätsmanagement sollten gemeinsam umgesetzt werden. Bei bereits eingeführtem und zertifiziertem Qualitätsmanagement kann

¹¹⁷ Vgl. (Paula 2007) S. 68-69

¹¹⁸ Vgl. (Gaede and Gausmann 2007) S. 4

¹¹⁹ Vgl. (Pippig 2005; Holzer et al. 2005) S. 14

¹²⁰ Vgl. (Glazinski and Wiedensohler 2004) S. 130

¹²¹ Vgl. (Martin 2001) S. 211

¹²² Vgl. (Ulsenheimer 2003) S. 475

Risikomanagement als Baustein integriert werden, besteht kein Qualitätsmanagement, so kann Risikomanagement als Einführungsgrundlage dienen. Der losgelösten Implementierung beider Systeme stehen nicht nur die methodischen und inhaltlichen Schnittmengen entgegen, sondern auch das daraus entstehende Ressourcenaufkommen. Finanzielle und personelle Mittel optimal einzusetzen gebietet, neben den Grundsätzen des Qualitätsmanagements, die wirtschaftliche Situation vieler Einrichtungen im Gesundheitswesen. Ein ökonomischer Einsatz der Ressourcen verhindert Doppelarbeit. Eine Möglichkeit dabei wäre die Position des Qualitätsmanagers und des Risikomanagers in Personalunion zu besetzen.¹²³ Diese Stelle kann als Stabsstelle an die Geschäftsführung angegliedert sein, um die Bedeutung optisch darzustellen.¹²⁴ Allerdings ist auf Grund der Weisungsbefugnis auch eine Stell in der Linienhierarchie denkbar. Die von Middendorf und von Eiff durchgeführte CKM-Trendstudie hat gezeigt, dass bei der „stichprobenartigen Analyse von 30 Organigrammen deutscher Krankenhäuser [...] bisher in keinem Haus eine offizielle d.h. auch in der Form ausgewiesene, Position des Risikomanagers eingerichtet ist. Dagegen war in 53% der betrachteten Häusern, die Stelle des Qualitätsmanagements aufzufinden“¹²⁵.

Eine weitere Möglichkeit ist die Implementierung von Risikomanagement in das bestehende Qualitätsmanagementsystem. Nach der Einführung der gesetzlichen Verpflichtung zu Qualitätsmanagement für Krankenhäuser 2000 und den ambulanten Sektor 2004¹²⁶ haben sich viele Einrichtungen zur systematischen Umsetzung mit Hilfe eines standardisierten Systems entschieden. Dabei stehen das KTQ-Modell (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen), die Vorschriften nach DIN EN ISO und das EFQM-Modell (European Foundation for Quality Management) im Mittelpunkt. Alle aufgeführten Alternativen beinhalten Aspekte der Risikoerfassung und -minimierung.¹²⁷

Das KTQ-Modell, ergänzt um das Verfahren proCumCert (pCC), erfasst in seinem Selbstbewertungsbericht Fragen des bestehenden Risikos z.B. bei Aufklärung, Dokumentation und Organisation. Es existieren sechs Kategorien, wobei sich Kategorie 3 speziell mit der Sicherheit im Krankenhaus befasst.

Bei den Normen der DIN EN ISO sind in Kapitel 8 (Messung, Analyse, Verbesserung) geeignete Maßnahmen zur Überwachung, Messung und Lenkung fehlerhafter Dienstleistungen zu treffen. Fehler-, Korrektur und Verbesserungsmanagement sind in dokumentierten Verfahren, d.h. in Verfahrensanweisung o.ä., schriftlich zu fixieren.¹²⁸

¹²³ Vgl. (Holzer et al. 2005) S. 54

¹²⁴ Vgl. (Hellmann 2006) S. 23

¹²⁵ (von Eiff and Middendorf 2006) S. 50

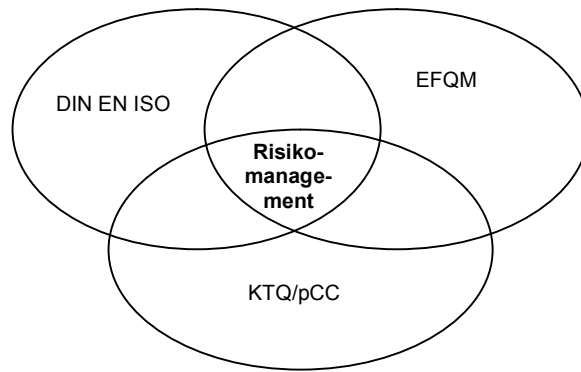
¹²⁶ Vgl. §135a SGB V

¹²⁷ Vgl. (Führung and Gausmann 2004) S. 40-42

¹²⁸ Vgl. (Kahla-Witzsch 2005) S. 150

Das EFQM-Modell berücksichtigt ebenfalls Aspekte der Risikoerkennung und Risikovermeidung. Ebenso enthält der Gedanke des umfassenden Qualitätsmanagements (Total Quality Management) auch Risikostandards, z.B. Fragen nach dem internen Kontrollsystem.¹²⁹

Abbildung 22: Zusammenhang von Qualitäts- und Risikomanagement



Quelle: In Anlehnung an
(Gausmann 2002) S. 649

Die dargestellte Aufzählung der Qualitätsmanagementsysteme erweckt den Eindruck, dass mit der umfassenden Umsetzung der geforderten Maßnahmen die Anforderungen an ein Risikomanagementsystem bereits erfüllt werden. Das stimmt nur zum Teil. Es sind darüber hinaus Ergänzungen zu treffen. Mögliche Instrumente wurden bereits in Kapitel 2.5 dargestellt. Ein Ergänzungs-Beispiel geben Schlecht/Lossa-Bonus in einem Artikel der Krankenhausumschau „Interne Revision neu ausrichten“ aus 2003.¹³⁰

Eine weitere Gegenüberstellung beider Systeme ist mit Hilfe, der von Donabedian ausgestellten Qualitätskategorisierung möglich. Dabei werden Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschieden.¹³¹

Allen drei Bereichen kommt dabei eine gleich große Bedeutung zu. Das Sicherheitsniveau ist sowohl von strukturellen, als auch von prozessualen Gegebenheiten abhängig. Mängel in diesen Bereichen gefährden die Patientenversorgung.¹³²

¹²⁹ Vgl. (Schlecht and Lossa-Bonus 2003) S. 509

¹³⁰ Vgl. (Schlecht and Lossa-Bonus 2003)

¹³¹ Vgl. (Donabedian 2003) S. 46 ff.

¹³² Vgl. (Paula 2007) S. 138-139

Tabelle 2: Qualitäts- und Risikokategorien

Kategorie	Struktur	Prozess	Ergebnis
Qualität	Die Strukturqualität umfasst die personellen, materiellen, finanziellen und räumlichen Rahmenbedingungen des Leistungserbringers.	Die Prozessqualität umfasst alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen innerhalb des Versorgungsablaufs.	Die Ergebnisqualität ist das Behandlungsergebnis, gemessen am Behandlungsziel.
Risiko	Strukturrisiken, Prozessrisiken und ergebnisbedingte Risiken sind Sicherheitsmängel in den oben definierten Bereichen. Diese Risiken beeinträchtigen die Qualität und damit das Versorgungsergebnis.		

Quelle: In Anlehnung an (Engelings 2005) S. 6

2.7 Risikomanagement im internationalen Vergleich

Risikomanagement ist kein bundesweites Phänomen, sondern international interessant. Die Vorgehensweise und die zeitliche Einordnung unterscheiden sich dabei sehr. Die Ursachen für die Einführung eines umfassenden, klinischen Risikomanagements liegen dabei fast immer in den steigenden Schadenszahlen (siehe Kapitel 5.1 und 5.2) und den damit einhergehenden Schwierigkeiten der Haftpflichtversicherung für Krankenhäuser und Ärzte.

In den **USA** gab es bereits in den 80er-Jahren auf Grund der Besonderheiten des Rechtssystems (Jury-Entscheidungen, hohe Schmerzensgelder, Erfolgshonorare für Anwälte) die ersten Bemühungen der Versicherer, die Schäden und damit die Folgekosten zu senken. Es wurden umfassende Kataloge zur Fehlervermeidung aufgestellt, die insbesondere die Bereiche technische Anlagen, Organisation, Dokumentation und Kommunikation umfassten. Darüber hinaus wurden Risk Manager zur Umsetzung und Weiterentwicklung eingesetzt. Diese Maßnahmen ermöglichten vielen Häusern und Ärzten wieder einen Versicherungsschutz, den sie vorher, auf Grund der Schadensfallentwicklungen verloren hatten.¹³³

Auch die in den folgenden Jahren durchgeführten Studien zur Fehlerquantität und deren Schadensfolgen in den USA, beispielweise der Bericht des Institutes of Medicine (IOM) „To Err is Human“ aus dem Jahr 2000, zeigen auf, dass Handlungsbedarf

¹³³ Vgl. (Müller 2003) S. 39-41

besteht. Die Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JACHO), nach deren Regeln ca. 80 % der amerikanischen Unternehmen des Gesundheitswesens akkreditiert sind, haben sogenannte Patient Safety and Medical/Health Care Error Reductions Standards entwickelt, die Maßnahmen zur Optimierung der Sicherheit der Patienten und zur Etablierung eines Risikomanagementsystems beinhalten.¹³⁴ Darüber hinaus hat das IOM ein „Federal Center of Patient Safety“¹³⁵ gefordert und die US-Regierung hat einen nationalen Aktionsplan zur Fehlervermeidung im Gesundheitswesen aufgestellt. Dieser enthält folgende 10 Forderungen und Maßnahmen:

1. Etablierung des von der IOM geforderten Federal Centers of Patient Safety
2. Einrichtung eines Fehlermeldesystems von Fehlern mit schweren Folgen, bzw. mit Todesfolge
3. Entwicklung eines Moduls zur Fehlerdokumentation und -vermeidung
4. Durchführung von Trainings zur Fehlerreduktion
5. Kommunikation der erhobenen Daten zu medizinischen Fehlern
6. Analyse der erhobenen Daten
7. Einführung von Berichtssystem und Trainings für die Veterans Administration
8. Automatisierung der Arzneimittelverordnung und -vergabe
9. Fehlerbekämpfungsprogramme in den am Medicare Programm beteiligten Häusern
10. Arzneimittelstandard zur Erhöhung der Sicherheit¹³⁶

Heute ist in den USA ein funktionierendes Risikomanagementsystem Voraussetzung für die Zeichnung einer Versicherungspolice.¹³⁷

In **Großbritannien** war ebenfalls der Report „An organization with a memory“ dafür verantwortlich, dass für alle britischen Krankenhäuser vorgeschrieben ist sich an Risikomanagement-Maßnahmen zu beteiligen.¹³⁸

Im Jahr 2004 wurde das National Reporting and Learning System (NRLS) in England und Wales von der National Patient Safety Agency (NPSA) landesweit als weltweit erstes Berichtssystem auf nationaler Ebene etabliert. Über 90% aller NHS-Organisationen beteiligen sich an diesem Programm.¹³⁹ Dieses umfassende

¹³⁴ Vgl. (von Eiff and Middendorf 2006) S. 46-47

¹³⁵ Vgl. (Glazinski and Wiedensohler 2004) S. 42

¹³⁶ Vgl. (Ollenschläger 2001) S. 1404-1410

¹³⁷ Vgl. (Gausmann and Petry 2004) S. 589

¹³⁸ Vgl. (von Eiff and Middendorf 2006) S. 47

¹³⁹ Vgl. (Luettel et al. 2006) S. 129- 131

Berichtssystem hat teilweise einen autoritären Charakter, der die Veränderungen im Bereich der Fehlerkultur und des Fehlermanagements erschwert.¹⁴⁰

In **Australien** veröffentlichte das Department of Human Services des Staates Victoria im Jahr 2000 einen Bericht zur Patientensicherheit („Improving patient safety in Victorian Hospitals“), der eine Clinical Risk Management Strategy 2001 nach sich zog, die die Krankenhäuser zur Einführung, bzw. zum Ausbau des klinischen Risikomanagements verpflichtet.¹⁴¹

Darüber hinaus existiert auch in Australien ein nationaler Aktionsplan, der neben den Maßnahmen zur Fehlervermeidung, bzw. -reduktion auch Aktionen zu Qualitätsmanagement, Patientenbeteiligung und evidenzbasierter Medizin beinhaltet:

1. Beteiligung der Patienten an der Versorgung erhöhen
2. Evidenzbasierte Medizin
3. Informationen bzgl. der Fehlerereignisse und deren Verbesserungsmaßnahmen optimieren
4. Gesetzliche Grundlagen zur Analyse von Fehlern etablieren
5. Etablierung eines einheitlichen Verfahrens zur Fehlermeldung
6. Rahmenplan zur Bewertung von Qualitätskriterien
7. Akkreditierungsverfahren optimieren
8. Schnittstellenmanagement optimieren
9. Klinische und organisatorische Kommunikations- und Informationssysteme, insbesondere für den Schnittstellenbereich, schaffen
10. Einführung von Trainings zu Qualitäts- und Risikomanagement¹⁴²

In der **Schweiz** ist die Patientensicherheit ein Bestandteil der Bevölkerungssicherheit und in der Bundesverfassung verankert. (Art. 2, 57 und 118 BV) Nationale Bemühungen auf diesem Gebiet entstanden nach der Veröffentlichung des Berichts des IOM in den USA (siehe oben). Die Aktivitäten, die es bis dahin gab, waren eher lokaler Natur und ohne übergeordnete Förderung und Anerkennung. Der Übertrag des Berichtes der IOM auf die Spitalversorgung hatte zur Folge, dass sich eine Task Force aus Experten gebildet hat und im Jahr 2003 die Stiftung für Patientensicherheit gegründet wurde. Diese hat die Aufgabe, die Patientensicherheit in der Schweiz, aber auch zunehmend international, zu stärken und die Versorgungssicherheit zu optimieren. Zum einen soll diese gemeinnützige Institution Wissen aufbauen. Es werden alle existierenden Forschungsprogramme erfasst, zentrale Informationsstellen

¹⁴⁰ Vgl. (Merten 2006)

¹⁴¹ Vgl. (von Eiff and Middendorf 2006) S. 46-47

¹⁴² Vgl. (Ollenschläger 2001) S. 1404-1410

für Forschungsdaten geschaffen, der Aufbau eines internationalen Netzwerkes zur Verbreiterung der Wissensbasis und die Erarbeitung eines Maßnahmenplanes für die Forschung zum Thema Patientensicherheit verfolgt. Zum anderen soll eine Informationsvermittlung stattfinden, das heißt, Ausbildung und Trainings zum Thema Patientensicherheit im Bereich Fehleranalyse und Maßnahmenenergreifung, sowie Beratung von allen beteiligten Personen nach einem schweren Zwischenfall. Als Letzte Aufgabe sollen Initiativen zur Fehler- und Beinahefehlermeldung, sowie zu Untersuchungs- und Analysemodulen und -modellen gefördert werden.¹⁴³ Darüber hinaus gibt es auch fachliche Bestrebungen im Bereich der Patientensicherheit. Zum Beispiel gibt es von der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation eigene Bestrebungen zur Erhöhung der Patientensicherheit im Rahmen optimaler Narkosesicherheit.¹⁴⁴

Weiterhin sind in der Schweiz der Einsatz von Risikomanagern und die Schnittstellenoptimierung, insbesondere im Bereich der Integrierten Versorgung von Bedeutung. Letztere fordert eine genaue Prüfung der Prozessabläufe, optimale Arbeitsteilung im Bereich der Expertenbildung mit bestimmten Kernkompetenzen und genaue Prüfung der Investitionen in technische Infrastrukturen.¹⁴⁵

In **Österreich** ist neben dem bekannten klinischen Risikomanagement insbesondere die Einrichtung der „Patientenanwaltschaften“ interessant, Anfang der 1990er-Jahre begann diese Entwicklung. Die bundeslandbezogenen Einrichtungen sind für die Wahrung und Durchsetzung der Patientenrechte verantwortlich. Die Anwälte sind vergleichbar mit Ombudspersonen oder Bürgerbeauftragten. Sie sollen im Streitfall unparteiisch eingreifen und Beschwerden verfolgen. Diese Aufgaben sind für Patienten besonders interessant, weil das Kommunikationsdefizit zwischen Leistungserbringer und Leistungsempfänger und die Defizite im Bereich Fachwissen und Kompetenz aufgefangen werden können. Darüber hinaus hat der Patientenanwalt beratende Informationsfunktion, zum Beispiel im Bereich der Aufklärung. Das Gericht dürfen Patientenanwälte nicht anrufen, das bleibt Hoheit der Rechtsanwälte, die außergerichtlichen Vergleiche aber werden durchaus von Patientenanwälten bestritten. Mögliche Entschädigungszahlungen der Haftpflichtversicherer, insbesondere wenn nachweislich ein Behandlungsfehler vorliegt, werden vom Patientenanwalt mit dem Verursacher, der Versicherung und dem Geschädigten ausgehandelt. Ist die Haftpflichtversicherung nicht zuständig, zum Beispiel wenn kein Behandlungsfehler vorliegt, gibt es seit 2001 einen Patientenschädigungsfond, der allen Geschädigten zur

¹⁴³ Vgl. (Holzer et al. 2005) S. 111-113

¹⁴⁴ Vgl. (Glazinski and Wiedensohler 2004) S. 45

¹⁴⁵ Vgl. (Ehrenbaum 2006) S. 148-149

Verfügung steht, bei denen die Haftung des Trägers nicht nachweislich geklärt werden kann. Dieser Fond speist sich aus 0,73 Euro pro Tag eines stationären Aufenthaltes.¹⁴⁶ Eine Gruppe aus Spezialisten (3 Piloten und 2 Ärzte) bieten interaktive Seminare „Ärzte lernen von Piloten“ an, wobei verschiedene Sicherheitsaspekte, wie Standards und Checklisten, Teamentwicklung und Kommunikation oder Human Factors relevant sind.¹⁴⁷

Österreich hat mit der Swiss Association for Quality die ONR 49001 „Elemente des Risikomanagement-Systems“ veröffentlicht. Es ist ein verständliches und anwenderfreundliches, sowie praktikables Regelwerk, das sich mit anderen Management-Systemen wie der ISO 9001 verträgt und insbesondere die Prozessorientierung und den ganzheitlichen Ansatz forciert. Weiterführend sind die ONR 49002-1 und die ONR 49003 „Anforderung an die Qualifikation des Risikomanagers und die ON-Regel 49002-1 „Leitfaden für das Risikomanagement“ zu nennen. Dieses umfassende Werk beschreibt vor allem die Gefahrengebiete: strategische Gefahren (Kunden, Produkte), Gefahren für operative Prozesse, finanzielle Gefahren und Management-, Mitarbeiter und Know-how-Gefahren.¹⁴⁸

Auch in **Dänemark** gibt es seit 2004 ein staatlich gesteuertes und verpflichtendes Berichtssystem für alle Ereignisse, die eine Gefährdung des Patienten verursacht haben oder verursachen können.

In den **Niederlanden** gibt es eine nationale Datenbank, der verpflichtend Ereignisse mit Todesfolge oder schwerer Gesundheitsschädigung gemeldet werden müssen. Fehler mit geringerem Schadensausmaß werden freiwillig berichtet.

In **Schweden** ist seit 1997 im Rahmen der Verpflichtung zur Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems auch die Verpflichtung eingetreten, alle ungünstigen Ereignisse mit schweren Folgen zu untersuchen und Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten.¹⁴⁹

¹⁴⁶ Vgl. (Holzer et al. 2005) S. 104-107

¹⁴⁷ Vgl. (Chalubinski et al. 2004) S. 4-8

¹⁴⁸ Vgl. (Stottrop 2005) S. 34-35

¹⁴⁹ Vgl. (Ennker et al. 2007) S. 169-172

3. Risikomanagement im Krankenhausalltag

Die Etablierung eines Risikomanagementsystems oder einzelner Risikomanagement-Instrumente kann nur unter Berücksichtigung der im Krankenhaus vorliegenden Besonderheiten erfolgreich sein. Wesentlich ist es, Risikomanagement „als Teil der Krankenhauspolitik fest in die Prozesse zu integrieren“¹⁵⁰. Die spezifischen Besonderheiten im Krankenhaus im Bereich der strukturellen, personellen oder gesetzlichen Bedingungen werden im Folgenden näher betrachtet.

3.1 Strukturelle Rahmenbedingungen

3.1.1 Fehlerkultur

Für ein funktionierendes, das heißt, erfolgreiches Risikomanagement muss eine offene Fehlerkultur im Krankenhaus vorherrschen. Das gilt nicht nur für den Bereich des Gesundheitswesens. In jeder Institution ist ein intensives Bewusstsein für Fehler, Risiken und deren Folgen zu schaffen, um ein effizientes Fehlersystem aufbauen zu können. Das System kann nur erfolgreich sein, wenn die betroffenen Personen es tragen und pflegen. Fehlt das Bewusstsein für den Sinn und Zweck, ist die Bereitschaft sich einzubringen in der Regel sehr gering. Im Krankenhaus stellt die historisch gewachsene, eher schlechte Fehlerkultur eine Besonderheit dar.¹⁵¹ Grundsätze wie der „Null-Fehler-Ansatz“ oder das „Göttertum in Weiß“ suggerierten viele Jahre, dass Fehler im Krankenhaus nicht passieren. Aus diesem Grund muss besonderes an diesem Punkt Entwicklung geleistet werden. Wenn ein Risikomanagementsystem etabliert werden soll, das Fehler erkennt und verhindert und damit die Schadensfrequenz senkt, steigt die Sicherheit der Patienten und auch der Mitarbeiter. Die Erhöhung der Mitarbeitersicherheit, z.B. im Rahmen des Gerätemanagements oder der Nadelstichverletzungen,¹⁵² kann ein Ansatzpunkt sein, Risikomanagement und Fehlerbewusstsein zu schaffen. Es ist elementar, dass verdeutlicht wird, dass es um Fehlervermeidung statt um Schuldzuweisung¹⁵³ geht. Es sollte eine Fehlerkultur im Rahmen der Personalentwicklung geschaffen¹⁵⁴ werden. Darüber hinaus ist es wichtig, einen non-punitiven¹⁵⁵ Ansatz darzustellen, denn „solange Fehler bestraft werden, werden sie vertuscht, solange über Beinahe-Unfälle nicht berichtet wird, ergibt sich im

¹⁵⁰ (Gruber 2001) S. 1418

¹⁵¹ Vgl. (Gaede and Gausmann 2007) S. 3

¹⁵² Vgl. (Gödecke 2005)

¹⁵³ Vgl. (Lichtmannegger 2003) S. 191

¹⁵⁴ Vgl. (Beyer-Reheld 2002) S. 416

¹⁵⁵ Eine non-punitive Vorgehensweise bedeutet, die disziplinarische Ahndung von Fehlern und Schäden zurückzustellen, um die Meldefrequenz zu erhöhen und die Analyse von stattgefundenen Schadensfällen zu ermöglichen, sofern der Fehler bzw. der Schaden im Fehlermeldesystem berichtet wird.

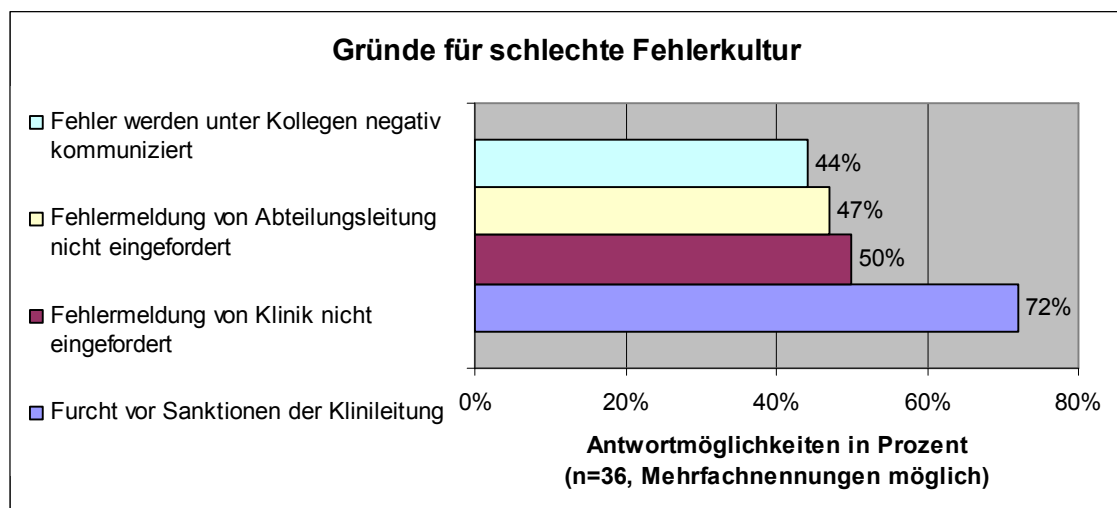
Bewusstsein der Beteiligten keine Notwendigkeit das System, die Abläufe und das Verhalten zu ändern“¹⁵⁶.

In einer sogenannten culture of blame¹⁵⁷, in der nach Eintritt eines Fehlers ein Schuldiger gesucht wird, um diesen zu bestrafen und nach außen den Fehler zu verschweigen, kann eine aktive Beteiligung an einem Fehlermeldesystem nicht erwartet. Es muss eine culture of safety¹⁵⁸ geschaffen werden, die eine systematische Fehleridentifikation, -analyse und Verbesserung zum Ziel hat.¹⁵⁹

Es gibt verschiedene Studien zur Fehlerkultur im Krankenhaus, die zu folgenden Ergebnissen kommen.

Die Steria Mummert Consulting kommt bei einer Befragung zu dem Urteil, dass insbesondere die Kommunikation und die Angst vor Sanktionen Risikomanagement behindert. Es zeigen sich folgende Gründe für eine schlechte Fehlerkultur:

Abbildung 23: Gründe für die schlechte Fehlerkultur im Krankenhaus



Quelle: Steria Mummert Consulting, in Anlehnung an (Gaede and Gausmann 2007) S. 3

Eine weitere Studie zur Fehlerkultur¹⁶⁰ zeigt teilweise ein ähnliches Bild, insbesondere im Hinblick auf die Kommunikation. Die Ansicht, dass Fehler zur Verbesserung beitragen, ist nur bedingt verbreitet. Das korreliert mit einem anderen Ergebnis der Studie, die Unzufriedenheit mit der Kommunikation, besonders in Bezug auf Verbesserungsmaßnahmen. Mitarbeiter, die nicht ausreichend informiert werden oder sich nicht ausreichend informiert fühlen, können Verbesserungsmaßnahmen nicht umfassend umsetzen und werden zugleich demotiviert, das Fehlersystem weiter zu

¹⁵⁶ (von Eiff and Middendorf 2004) S. 542

¹⁵⁷ oberflächliche, reaktiven Kultur der Schuldzuweisung

¹⁵⁸ systemanalytische, proaktive Sicherheitskultur mit vorurteilsfreiem Umgang mit Fehlern

¹⁵⁹ Vgl. (Glazinski and Wiedensohler 2004) S. 9, S. 11

¹⁶⁰ Vgl. (Brügge 2006)

pflegen. Anders als in der vorangegangenen Studie zeigt sich hier, dass die Mitarbeiter nur sehr wenig Angst vor Sanktionen haben, wenn ein Fehler gemeldet wird. Damit sind das gute Vertrauensverhältnis und das offene Arbeitsklima elementar für die Weiterentwicklung des Systems. Darüber hinaus werden Fehler nicht immer zur Informationsgewinnung für Prävention genutzt. Auch die Ursachenforschung könnte nach dieser Studie standardisiert werden. Neben der Information der Mitarbeiter könnte auf dem Gebiet der Kommunikation auch der Einbezug der Mitarbeiter gestärkt werden, um Ideen im Rahmen der Problemlösungskompetenz auch von Experten in der Praxis zu erhalten.¹⁶¹

Es ist demnach unumgänglich, eine vertrauensvolle und transparente Fehlerkultur zu schaffen, so dass durch Risikomanagement eine tatsächliche Fehlerreduktion auftritt.

3.1.2 Kommunikationsmängel

In dem vorangegangenen Kapitel wird dargestellt, dass im Bereich der Kommunikation ein Schlüssel für ein funktionierendes Risikomanagementsystem liegt. Die fehlende Kommunikation¹⁶² im Bereich der Risikoerfassung und -verbesserung ist kein grundsätzliches Problem. Viele Elemente der Kommunikation sind im Krankenhaus etabliert (Frühbesprechungen, Übergaben, Visiten, Chefarztkonferenzen, Krankenhausleitungsrunden etc.). Es handelt sich hier in der Regel um Einzelaktivitäten, die nicht umfassend genutzt werden. Auch der Schwerpunkt dieser Kommunikationsmittel ist, auf Grund der jungen Disziplin Risikomanagement, nicht auf Fehler und Risiken ausgerichtet. Eine Ausnahme bilden die Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen¹⁶³, die den Fokus auf den Verlauf und das Ergebnis der Krankheit und ihrer Behandlung richtet. In diesem Zusammenhang werden potentielle Fehler aufgedeckt.¹⁶⁴ Es gilt aber auch alle weiteren Besprechungen zu nutzen, um eine offene Kommunikation im Bereich der entstandenen oder beinahe entstanden Fehler zu schaffen.

Gründe für den Kommunikationsmangel im Krankenhaus sind vielfältig. Eine geringe Personaldecke (siehe Kapitel 3.2.1) ermöglicht es nicht allen Mitarbeitern, an Konferenzen oder ähnlichem teilzunehmen. Auch das System des Schichtdienstes birgt die Gefahr, dass immer nur ein Teil der Mitarbeiter ausreichend informiert wird, bzw. sich ausreichend informiert fühlt. Darüber hinaus sind Schnittstellenprobleme an den Nahtstellen zu anderen Disziplinen im Bereich der Kommunikation von Fehlern und Risiken ein Einflussfaktor. Oft ist also die Durchdringung der Kommunikation nicht

¹⁶¹ Vgl. (Brügge 2006)

¹⁶² Vgl. (Gaede and Gausmann 2007) S. 3

¹⁶³ Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen sind ein Forum für die kritische Auseinandersetzung und die vorurteilsfreie Nacharbeit von konkreten Pflege- und Behandlungsprozessen. Es werden unter anderem Fehler oder fragliche Entscheidungen diskutiert.

¹⁶⁴ Vgl. (Gaede and Gausmann 2007) S. 1

vorhanden. Ein weiterer Grund für Kommunikationsschwierigkeiten sind die im Krankenhaus vorherrschenden starken Hierarchiestrukturen. Sowohl die Schnittstellenproblematik, als auch die Hierarchiestrukturen werden im Folgenden näher betrachtet.

3.1.3 Schnittstellenproblematik

Die Prozesse im Rahmen der Patientenbehandlung sind ganzheitlich gesehen, interdisziplinär und interprofessionell aufgestellt. Das heißt, dass auch eine angemessene interdisziplinäre und interprofessionelle Kommunikation etabliert werden muss.¹⁶⁵ Viele Abteilungen und Bereiche haben eigene Kommunikationsstrukturen, die nicht durchbrochen werden. Weiterhin ist die Kommunikation über Nahtstellen hinweg in Bezug auf Fehler sehr problematisch. Entstandene Fehler werden oft einer Abteilung oder einem bestimmten Bereich zugeschrieben und andere Bereiche distanzieren sich von den Vorfällen. Das Fehlerbewusstsein ‚von den Fehlern anderer zu lernen‘ ist nicht flächendeckend vorhanden. Ebenso sind die Informationen über eigene Fehler, die in andere Abteilungen oder Kliniken gegeben werden, nur möglich, wenn keine Stigmatisierung damit einhergeht. Nicht zuletzt konkurrieren verschiedene Kliniken auch untereinander. Insellösungen jedoch sind kein Mittel, um ein umfassendes und funktionierendes Risikomanagementsystem einzuführen. Im Bereich der Schnittstellenproblematik ist nicht nur die Kommunikation elementar. Auch die Definition der Verantwortungsbereiche, zum Beispiel „zwischen Arzt und Pflege, den verschiedenen med. Abteilungen“¹⁶⁶ ist problematisch. Wenn die Definition der Verantwortung für einen Ablaufschritt fehlt, ist dieser zum einen sehr fehleranfällig, zum anderen fallen gemachte Fehler weniger auf. Auch verhindern die hierarchischen Strukturen einen umfassenden Ansatz.

3.1.4 Hierarchie

Die gewachsene berufsständische Einteilung der Mitarbeiter in - Arzt, Pflege, Verwaltung - und die Gliederung des Hauses in Stationen und Funktionsbereiche sind auf Grund starker Arbeitsteilung und Spezialisierung entstanden. Diese Struktur, die man zusammenfassend in einen Führungsblock und einen Ausführungsblock aufteilen könnte,¹⁶⁷ behindert eine offene Fehlerkultur mit umfassender Kommunikation und interdisziplinärem und interprofessionellem Umgang. Es sollte, um das Risikomanagement nutzbar machen zu können, eine Abkehr von starken Hierarchien

¹⁶⁵ Vgl. (Gausmann 2002) S. 650

¹⁶⁶ (Beyer-Reheld 2002) S. 415

¹⁶⁷ Vgl. (Middendorf 2006b) S. 51

erfolgen. Das erfordert die soziale Kompetenz der Führungskräfte.¹⁶⁸ Es sollte Vertrauen geschaffen werden und Angst vor Sanktionen¹⁶⁹ abgebaut werden. Vertrauen wird vor allem dann geschaffen, wenn Führungskräfte eine Vorbildfunktion¹⁷⁰ einnehmen und eigene Fehler melden. Angst vor Bestrafung baut sich in der Regel nur durch positive Beispiele ab, bei denen Mitarbeiter erkennen, dass die Sanktion tatsächlich ausbleibt. Hierarchien können nicht völlig abgebaut werden und eine gewisse Struktur muss auch im Rahmen des Risikomanagements vorhanden sein, aber die starren Hierarchieabgrenzungen und die daraus resultierenden Barrieren könnten abgebaut werden¹⁷¹, um Mitarbeiter ermuntern zu können, Fehler zu melden.¹⁷²

3.1.5 Veränderungsbereitschaft

Das Ziel eines effizienten Risikomanagementsystems ist eine Verbesserung der Fehler- und Schadensraten und damit eine Erhöhung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit. Das setzt eine „innere Bereitschaft des Mitarbeiters zur Verbesserung“¹⁷³ voraus. Das bedeutet, dass ein individueller Wille und ein kollegialer Wille im Team vorhanden sein müssen, bestehende Strukturen zu hinterfragen und zu optimieren. Phrasen wie ‚das haben wir doch schon immer so gemacht‘ dürfen im Risikomanagement keinen fruchtbaren Boden finden. Das beinhaltet auch, dass etwaige Mehrarbeit oder vermehrter Zeitaufwand und Umstellungen in der Arbeitsweise offen angenommen werden und von allen Mitarbeitern getragen werden müssen. Veränderungen sollten als Lernchancen gesehen werden, Querdenker beachtet und ungewöhnliche Ideen als Optimierung am Bestehenden Beachtung finden.¹⁷⁴ Ein Beispiel für eine Veränderung ist die Abkehr vom traditionellen Behandlungsmodell, das sequenziell dem Krankheitsverlauf folgt.¹⁷⁵ Vorsorge, Diagnostik, Therapie, Pflege und Rehabilitation sollte individuell aufeinander abgestimmt werden und nicht stringent nacheinander abgespult werden, um beispielsweise das Schnittstellenmanagement und die Kommunikation zu verbessern. Dieses Beispiel zeigt, wie umfassend Optimierungsmaßnahmen im Krankenhaus greifen können. Diese Maßnahmen sind oft mit Angst und Widerstand verbunden und durch diesen Argwohn lassen sich solche Prozesse nicht kurzfristig installieren, das erfordert Geduld und Verständnis für die betroffenen Personen. Zweifel sollten

¹⁶⁸ Vgl. (Gruber 2001) S. 1417

¹⁶⁹ Vgl. (Gaede and Gausmann 2007) S. 3

¹⁷⁰ Vgl. (Lichtmannegger 2003) S. 190

¹⁷¹ Vgl. (Paula 2007) S. 29

¹⁷² Vgl. (Beyer-Reheld 2002) S. 416

¹⁷³ (Lichtmannegger 2003) S. 190

¹⁷⁴ Vgl. (Doppler and Lauterburg 1996) S. 406

¹⁷⁵ Vgl. (Gruber 2001) S. 1417

angehört und berücksichtigt werden, denn so ist das Ziel des langfristigen Erfolgs des Risikomanagements zu sichern.¹⁷⁶

3.1.6 Transparenz

Ein weiterer wichtiger Faktor, den es zu berücksichtigen gilt, ist die Schaffung von Transparenz und Offenheit. Dieser Fokus ist eng mit dem Bereich der Kommunikation verbunden, hat seinen Schwerpunkt aber im Wesentlichen im informativen Charakter. Sowohl der Wille, Risikomanagement mit seinen verschiedensten Instrumenten einzuführen, als auch das Ziel, das damit einhergeht, sollten den Mitarbeitern umfassend mitgeteilt werden. Diese sollten nicht nur zu Beginn einbezogen werden, sondern regelmäßig über den Stand der Entwicklungen informiert werden. Risikomanagement und der Umgang mit Fehlern sollte selbstverständlich werden. In der täglichen Arbeit muss Fehlerbewusstsein vorhanden sein und Vorkommnisse offen ausgesprochen oder gemeldet werden. Erreicht die Betroffenen im Nachhinein ein tatsächlicher Benefit, so ist davon auszugehen, dass das System weiter getragen wird. Das ist auch der Fall, wenn alle Anregungen ernst genommen, konstruktive Kritik und innovative Optimierungsvorschläge entsprechend gewürdigt werden und den beteiligten Mitarbeitern offiziell gedankt wird.¹⁷⁷

3.1.7 DRG-System

Zum Abschluss der strukturellen Rahmenbedingungen und Besonderheit wird das existierende DRG-System betrachtet. Während die vorangegangenen Merkmale teilweise auch auf andere Institutionen übertragbar sind, so ist dieses Vergütungssystem speziell für das Krankenhaus vorgesehen und hat damit auch spezifische Auswirkungen, die nur im Krankenhaus relevant sind. Diese diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups) wurden 2003 nach australischem und amerikanischem Vorbild eingeführt. Die DRGs klastern Patienten und ihre Krankheiten nach bestimmten Merkmalen und je nach Gruppierung ist eine bestimmte Vergütung vorgesehen, im Wesentlichen unabhängig von der Liegedauer. In der Regel werden neben der Hauptdiagnose und den individuellen Patientenmerkmalen (Alter, Geschlecht etc.), die durchgeführten Hauptprozeduren, also die Operation oder aufwendige Untersuchungen, die etwaige Beatmungszeit und die Komplikationen und maßgeblich beeinflussende Komorbiditäten berücksichtigt. Diese Vergütung birgt die Gefahr, möglichst wenig Leistung zu erbringen und sparsam mit Ressourcen zu sein.¹⁷⁸ Ebenfalls wird eine möglichst kurze Liegedauer der

¹⁷⁶ Vgl. (Kahla-Witzsch 2005) S. 71

¹⁷⁷ Vgl. (Kahla-Witzsch 2005) S. 72-73

¹⁷⁸ Vgl. (Beyer-Reheld 2002) S. 416

Patienten angestrebt, da keine extra Vergütung je Tag vorgesehen ist, wenn sie sich nicht deutlich über (oder unter) der festgelegten Liegegrenze befinden. Das heißt, es existieren Anreize möglichst wenig Leistung zu erbringen und den Patienten früh wieder zu entlassen. Diese Anreize bergen ein hohes Risiko- und Fehlerpotenzial und sind im Rahmen der Einführung und Umsetzung von Risikomanagement zu beachten. Die angesprochenen Anreize führen dazu, dass im DRG-Zeitalter die Behandlungsdichte steigt,¹⁷⁹ da durch verkürzte Verweildauern und eine steigende Zahl der Behandlungsfälle mehr Patienten versorgt werden können. Somit kann für Patienten zum Beispiel das Infektionsrisiko mit nosokomialen Keimen, also Keimen aus dem Krankenhaus, verringert werden. In Deutschland obliegt die Klassifizierung der Patienten dem ärztlichen Personal. Diese Kodierung hat einen erhöhten administrativen Aufwand zur Folge, der die Zeit am Patienten reduziert und weiteren Zeitdruck entstehen lässt. Dieser Zeitdruck, einhergehend mit Personalveränderungen, ist im folgenden Kapitel relevant.

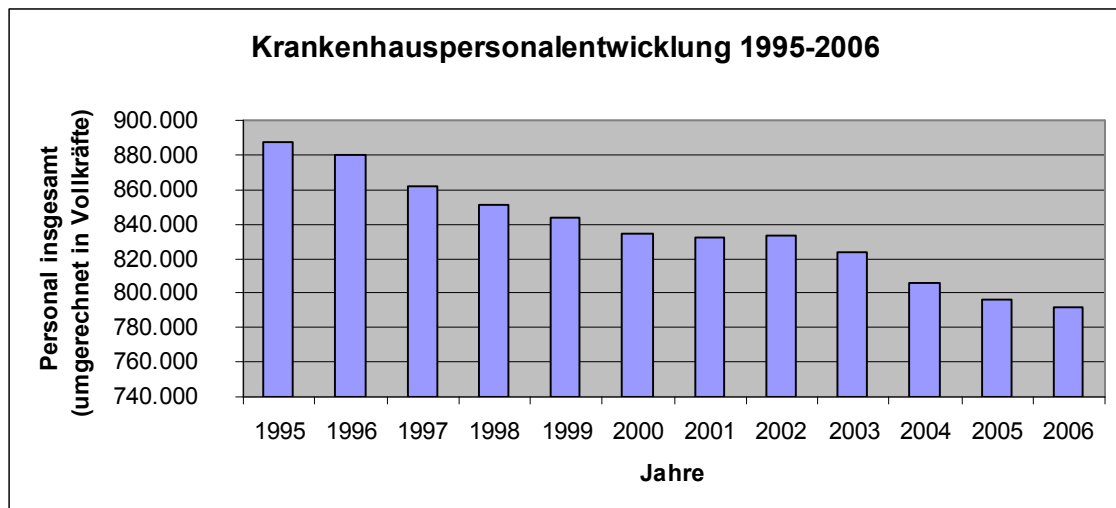
3.2 Personelle Rahmenbedingungen

3.2.1 Personalveränderungen

Im Rahmen der personellen Bedingungen für ein funktionierendes Risikomanagementsystem ist neben den verschiedensten Verantwortungsträgern in diesem Bereich (siehe Kapitel 3.2.2) eine Besonderheit aufzuzeigen, die gegebenenfalls auch im Bereich der strukturellen Rahmenbedingungen eine Rolle spielt. Ein wesentlicher Faktor, um ein System etablieren zu können, in dem regelmäßig Fehler entdeckt, gemeldet und optimiert werden, ist neben Motivation, Kommunikation, Information, auch Zeit, in dem Mitarbeiter die Möglichkeit haben, sich mit dem Thema Risikomanagement zu beschäftigen. Eine gute und ausführliche Fehlermeldung mit Ursachenforschung benötigt Zeit. Vor allem im Rahmen der einzubringenden Verbesserungsmaßnahmen ist mehr Kreativität zu erwarten, wenn die meldende Person sich auf den Prozess einlassen kann. Dieses Zeitfenster muss finanzierbar bleiben und in Institutionen mit ausreichender Personaldecke ist das neben der alltäglichen Arbeit zu leisten. Im Krankenhaus jedoch ist seit Jahren ein Trend des Personalabbaus zu beobachten. In diesem Zusammenhang bedeutet Risikomanagement zunächst Mehrarbeit. Die Reduzierung des Personals¹⁸⁰ zeigt sich wie folgt.

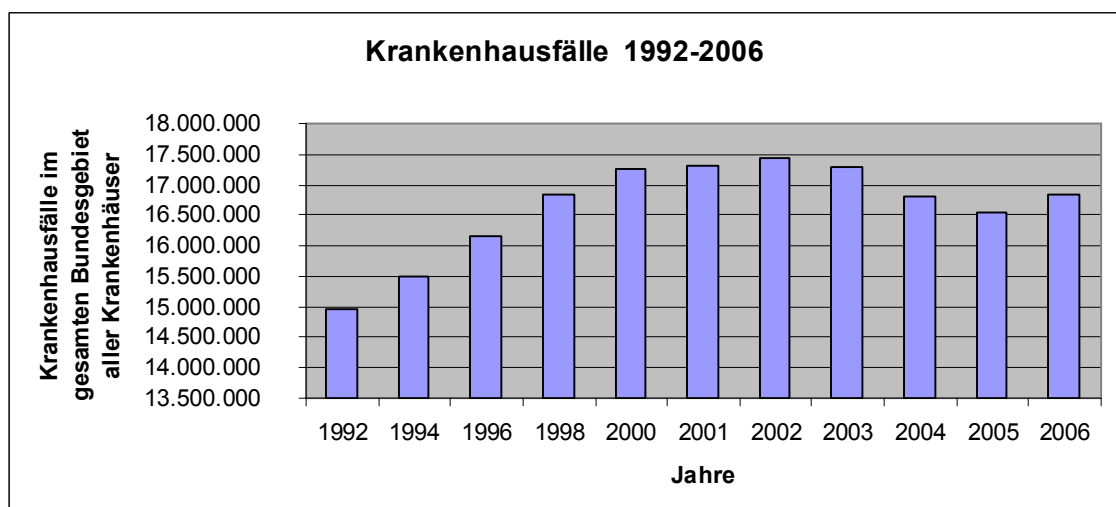
¹⁷⁹ Vgl. (Paula 2007) S. 13

¹⁸⁰ Vgl. (Gruber 2001) S. 1417

Abbildung 24: Entwicklung der Anzahl der Krankenhausmitarbeiter

Quelle: (DKG 2008) S. 33

Es ist ein Rückgang von Personal zu verzeichnen, bei gleichzeitigem Anstieg der Krankenhausfälle.

Abbildung 25: Entwicklung der Krankenhausfälle

Quelle: (DKG 2008) S. 21

Mit den zusätzlichen Krankenhausfällen steigt nicht nur der Behandlungsaufwand am Patienten, sondern auch der administrative Aufwand, der durch diverse andere Faktoren des deutschen Gesundheitswesens (siehe zum Beispiel Kapitel 3.1.7) ebenfalls begünstigt wird.

Diese Tendenz des Personalabbaus bei gleichzeitiger Erhöhung des Arbeitsaufwandes zieht Folgen nach sich, die potenzielle Fehler fördern können, z.B. der Einsatz von

Assistenzärzten, wo Facharztstandard gefragt ist.¹⁸¹ Es entstehen Fehler durch den Einsatz unerfahrener Ärzte¹⁸², die ein erfahrener Arzt gegebenenfalls im Vorfeld bemerkt, also nicht gemacht hätte. Die Delegation von Aufgaben an unqualifiziertes Personal¹⁸³, auch in anderen Bereichen des Krankenhauses, bildet ein zu hohes Fehlerrisiko und sollte unbedingt vermieden werden.

Der Trend der Reduzierung der Personalkosten durch Abbau oder verzögerte Neueinstellung wird zukünftig weiter verfolgt werden. Viele Mitarbeiter tolerieren aus Fürsorgepflicht und Loyalität den höheren Zeitaufwand für administrative Tätigkeiten und komplexere diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Diese Mehrarbeit ist kurzfristig aufzufangen, hat aber langfristig psychische und physische Auswirkungen und nährt durch entstehende Nachlässigkeiten die Gefährdung der Patienten- und Mitarbeitersicherheit.¹⁸⁴

3.2.2 Verantwortungsträger im Risikomanagement

3.2.2.1 Risiko-Manager

Um ein erfolgreiches Risikomanagementsystem etablieren zu können, sind neben der Beachtung der vorangegangenen Besonderheit auch die Benennung der Verantwortungsträger elementar. Die gute Kommunikation, Information und Motivation kann nur durchgängig beibehalten werden, wenn bestimmte Personen mit dem Aufbau, der Pflege und der Weiterentwicklung betraut sind. Diese Aufgaben sollten offiziell übergeben werden, um dem System einen hohen Stellenwert einzuräumen und den langfristigen Erfolg zu sichern. Nebenbei ist ein umfassendes Risikomanagementsystem nicht einzuführen.

Eine Möglichkeit der Übertragung der Verantwortung ist die Ernennung eines Risikomanagers oder Risikomanagement-Beauftragten, der die Gesamtkoordination übernimmt.¹⁸⁵ Diese Person sollte von Beginn an mit allen Aufgaben des Risikomanagements betraut werden. Schon vor der Einführung sollte eine speziell in dem Gebiet geschulte Person herangezogen werden, die alle anstehenden Entscheidungen maßgeblich mit beeinflussen sollte. Das betrifft sowohl die Auswahl der geeigneten Instrumente, als auch die Festlegung der Rahmenbedingungen, sowie Kommunikation und Information der Mitarbeiter, aber auch der Leitung, zum Beispiel mit jährlichen Risikoberichten. Sie wertet alle Fehlermeldungen aus, kommuniziert die Ergebnisse und initiiert mit den betroffenen Mitarbeitern die Verbesserungsprojekte. Darüber hinaus sollte der Risiko-Manager weitere Mitarbeiter schulen und diese zur

¹⁸¹ Vgl. (Beyer-Reheld 2002) S. 415

¹⁸² Vgl. (Martin 2000) S. 919

¹⁸³ Vgl. (Paula 2007) S. 14

¹⁸⁴ Vgl. (Paula 2007) S. 13

¹⁸⁵ Vgl. (Martin 2000) S. 920

Unterstützung heranziehen können.¹⁸⁶ Es sollte eine enge Zusammenarbeit mit der Rechtsabteilung im Bereich des Schadensmanagements angestrebt werden und die Koordination von Versicherungsschutz und Risikofinanzierung mit dem Risiko-Manager angestimmt werden. Als Qualifikation kann ein Besuch eines adäquaten Lehrgangs vorausgesetzt werden. Es sind ein großflächiges Know-How im Bereich des medizinischen und pflegerischen Wissens, aber auch im Bereich des Versicherungs- und Haftungsrechts, sowie umfassende Kenntnisse zum Risikomanagement nötig. Ebenfalls werden hohe kommunikative Fähigkeiten vorausgesetzt und es sollte eine Person benannt werden, die im Krankenhaus allgemein akzeptiert wird. Nicht selten wird in deutschen Krankenhäusern der Qualitätsmanagement-Beauftragte, auf Grund der Verwandtschaft der Themen, auch mit dem Bereich Risikomanagement betraut.¹⁸⁷ Des Weiteren wird in der Regel die Schaffung einer Stabsstelle für den Risikomanager befürwortet. Das heißt, er hat keine Vorgesetztenfunktion, sondern dient als interner Berater. Nachteilig ist, dass durch die fehlende Linieneinbindung in das Hierarchiesystem kaum Weisungsmöglichkeiten vorhanden sind, insbesondere wenn es um die Kontrolle der Einhaltung optimierter Prozesse geht. Der Risiko-Manager sollte auch die Kontaktperson für Patienten im Falle einer Schadensmeldung sein, um einen professionellen Umgang und einen kurzen Bearbeitungsweg zu gewährleisten.¹⁸⁸ Stockhardt spricht in diesem Zusammenhang von einem „Kümmerer“¹⁸⁹ des Systems.

3.2.2.2 Risikomanagement-Team

„Mit der Benennung eines internen Risiko-Managers ist es aber nicht getan. (...) Erforderlich ist vielmehr der Aufbau eines Risikomanagement-Teams, das alle Maßnahmen steuert und begleitet“¹⁹⁰. Da der Risiko-Manager über eine sehr breite Wissensbasis verfügen muss, ist es sinnvoll mit Experten auf den Gebieten, Medizin und Pflege, Haftpflichtversicherung, Arzthaftungsrecht, Technik und Qualitätsmanagement zusammenzuarbeiten. Die Zusammenarbeit von Schadensmanagementabteilung und Risiko-Manager ist elementar für den umfassenden Risikomanagement-Ansatz. Der Einbezug der Medien- und Öffentlichkeitsabteilung ist im Schadensfall wichtig, um eine stringente und professionelle Kommunikation auch nach Außen gewährleisten zu können.

Kahla-Witzsch verfolgt mit dem Risikomanagement-Team einen differierenden Ansatz. Das Risikomanagement-Team sollte als Lenkungsteam zusammengesetzt sein aus Geschäftsführer, ärztlichem Direktor, Pflegedirektor, sowie dem Risikomanagement-

¹⁸⁶ Vgl. (Gaede and Gausmann 2007) S. 4

¹⁸⁷ Vgl. (Kahla-Witzsch 2005) S. 78

¹⁸⁸ Vgl. (Reucher and Bondong 2003) S. 173-175

¹⁸⁹ (Stockhardt 2006) S. 560

¹⁹⁰ (Petry 2007) S. 201

Beauftragten. Die Aufgabe liegt dabei vor allem auf der Festlegung der Risikomanagement-Strategie und der Bereitstellung der Ressourcen.¹⁹¹ Dieses System hat den Vorteil, dass direkt Entscheidungen getroffen werden können und die fehlende Weisungsbefugnis des Risiko-Managers durch den Einbezug der höchsten Hierarchieebenen aufgefangen wird. Optimal wäre die Umsetzung beider Gremien als Etablierung eines Risikomanagement-Teams, das mit Experten der verschiedenen Bereiche besetzt ist und die Installierung eines Risikomanagement-Lenkungsteams, das mit der obersten Leitung besetzt, strategische Entscheidungen treffen sollte.

3.2.2.3 Risikomanagement-Konferenz

Ein letztes Strukturelement im Rahmen der personellen Verantwortung könnte die Umsetzung einer Risiko-Konferenz sein. An dieser Konferenz sollten die Teilnehmer des Risikomanagement-Teams und des -Lenkungsteams teilnehmen, aber auch betroffene Mitarbeiter. Diese Konferenz sollte als Erfahrungsaustausch und als Präsentationsraum verschiedenster Verbesserungsprojekte dienen. So kann eine optimale Kommunikation und Information gewährleistet werden und die Mitarbeiter lernen voneinander. Denkbar wäre auch eine jährliche Risikomanagement-Konferenz, in der im Sinne einer Vollversammlung alle Mitarbeiter eingeladen werden, um Vorkommnisse und Optimierungsmaßnahmen der Vergangenheit vorzustellen und darüber zu diskutieren. In diesem Rahmen könnten auch besonders aktive Mitarbeiter, die nicht zum Team gehören, geehrt und besonders effektive Verbesserungsvorschläge hervorgehoben werden.¹⁹²

3.3 Legistische Rahmenbedingungen

Ein Krankenhaus steht bei der Einführung des Risikomanagements auch gesetzlichen Anforderungen und Besonderheiten gegenüber.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen unterscheiden sich je nach Gesellschaftsform. Am 01.05.1998 wurde das Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich (KonTraG) in das Aktien- und Handelsrecht eingefügt. Es stellt die gesetzliche Verpflichtung des Vorstandes einer Aktiengesellschaft dar, Maßnahmen des Risikomanagements einzuführen.

¹⁹¹ Vgl. (Kahla-Witzsch 2005) S. 78

¹⁹² Vgl. (Kahla-Witzsch 2005) S. 79

§ 91 (2) AktG:

„Der Vorstand hat geeignete Maßnahmen zu treffen, insbesondere ein Überwachungssystem einzurichten, damit den Fortbestand der Gesellschaft gefährdende Entwicklungen früh erkannt werden.“

Auf Grund der Globalisierung und Komplexität des Wettbewerbs und der Prozesse muss der Vorstand im Rahmen seiner Sorgfaltspflicht darlegen, dass Risikomanagement- und Risikofrüherkennungsinstrumente eingesetzt wurden.

§ 93 (2) AktG:

„Vorstandsmitglieder, die ihre Pflichten verletzen, sind der Gesellschaft zum Einsatz des daraus entstandenen Schadens als Gesamtschuldner verpflichtet. Ist streitig, ob sie die Sorgfalt eines ordentlichen und gewissenhaften Geschäftsleiters angewandt haben, so trifft sie die Beweislast.“

Die vorangegangenen Ausführungen beziehen sich in erster Linie auf Aktiengesellschaften. Der Anwendungsbereich jedoch ist breiter zu sehen, da diese Regelungen Ausstrahlungscharakter haben und Wirtschaftsprüfer zunehmend diese Aktivitäten fordern.¹⁹³ Das heißt, auch Kapitalgesellschaften, Gesellschaften, die einen Aufsichtsrat haben und Gesellschaften mit beschränkter Haftung sollten sich an diese Vorgaben halten.

„Der Wille des Gesetzgebers lässt sich dahingehend interpretieren, dass überall dort, wo Kapitalgeber und Kapitalmanagement durch verschiedene Personen dargestellt werden, ein besonderes Kontrollbedürfnis der Geschäftsleitung besteht, dass ein effizientes Überwachungssystem voraussetzt“¹⁹⁴.

Bei einem Krankenhaus, das eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung als Rechtsform gewählt hat, lässt sich auch aus dem § 43 (1) GmbHG eine Verpflichtung ablesen:

§ 43 (1) GmbHG:

Haftung der Geschäftsführer:

(1) Die Geschäftsführer haben in den Angelegenheiten der Gesellschaft die Sorgfalt eines ordentlichen Geschäftsmannes anzuwenden.

¹⁹³ Vgl. (Gausmann and Petry 2004) S. 588

¹⁹⁴ (Fehlberg and Poll 2000) S. 474

Am 01. Mai 1998 wurde neben dem Aktiengesetz auch das Handelsgesetzbuch variiert.

§ 317 (2) HGB:

Der Lagebericht und der Konzernlagebericht sind darauf zu prüfen, ob der Lagebericht mit dem Jahresabschluss, gegebenenfalls auch mit dem Einzelabschluss (...) und der Konzernlagebericht mit dem Konzernabschluss, sowie mit den bei der Prüfung gewonnenen Erkenntnissen des Abschlussprüfers in Einklang stehen und ob der Lagebericht insgesamt eine zutreffende Vorstellung von der Lage des Unternehmens und der Konzernlagebericht insgesamt eine zutreffende Vorstellung von der Lage des Konzerns vermittelt. Dabei ist auch zu prüfen, ob die Chancen und Risiken der künftigen Entwicklung zutreffend dargestellt sind.

Des Weiteren wird geregelt, dass die Umsetzung der Forderung, ein Überwachungssystem einzuführen (siehe § 91 (2) AktG), geprüft werden und dieses nach seiner Wirksamkeit bewertet werden soll.¹⁹⁵

Für Krankenhäuser, die neben dem Jahresabschluss auch einen Lagebericht erstellen, ergibt sich die gesetzliche Verpflichtung für Risikomanagement aus § 289 (1) HGB:

§ 289 (1) HGB:

Im Lagebericht sind der Geschäftsverlauf einschließlich des Geschäftsergebnisses und die Lage der Kapitalgesellschaft so darzustellen, dass ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild vermittelt wird. Er hat eine ausgewogene und umfassende, dem Umfang und der Komplexität der Geschäftstätigkeit entsprechende Analyse des Geschäftsverlaufs und der Lage der Gesellschaft zu enthalten. In die Analyse sind die für die Geschäftstätigkeit bedeutsamsten finanziellen Leistungsindikatoren einzubeziehen und unter Bezugnahme auf die im Jahresabschluss ausgewiesenen Beträge und Angaben zu erläutern. Ferner ist im Lagebericht die voraussichtliche Entwicklung mit ihren wesentlichen Chancen und Risiken zu beurteilen und zu erläutern; zugrunde liegende Annahmen sind anzugeben. (...)

Börsennotierte Unternehmen entnehmen die Verpflichtung § 317 (4) HGB:

¹⁹⁵ Vgl. (Ludwig 2008) S. 74-75

§ 317 (4) HGB:

Bei einer börsennotierten Aktiengesellschaft ist außerdem im Rahmen der Prüfung zu beurteilen, ob der Vorstand die ihm nach § 91 Abs. 2 des Aktiengesetzes obliegenden Maßnahmen in einer geeigneten Form getroffen hat und ob das danach einzurichtende Überwachungssystem seine Aufgaben erfüllen kann.

Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft müssen ihr Risikomanagementsystem zur Identifikation und Prävention von Risiken nach § 53 Haushaltsgrundsätzegesetz (mit IDW-Prüfungsstandard 720, Fragenkreis 6) bzw. der Gemeindeordnung der Länder prüfen.¹⁹⁶

§ 53 HGrG:

Gehört einer Gebietskörperschaft die Mehrheit der Anteile eines Unternehmens in einer Rechtsform des privaten Rechts (...) so kann sie verlangen, dass das Unternehmen

1. im Rahmen der Abschlussprüfung auch die Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung prüfen lässt.
2. die Abschlussprüfer beauftragt, in ihrem Bericht auch darzustellen
 - a) die Entwicklung der Vermögens- und Ertragslage sowie die Liquidität und Rentabilität (...)
 - b) verlustbringende Geschäfte und die Ursachen der Verluste (...)
 - c) die Ursachen eines in der Gewinn- und Verlustrechnung ausgewiesenen Jahresfehlbetrages.

Die Einführung eines Risikomanagementsystems ist für alle Unternehmen verpflichtend, die nach § 53 HGrG geprüft werden. Da dieser Grundsatz für alle Unternehmen unabhängig von der Rechtsform, der Größe oder der Branche gilt, sind auch Krankenhäuser davon betroffen.¹⁹⁷

Dennoch ist nicht erst seit 1998 die Identifikation und Prävention von Risiken für Unternehmen relevant. Die Aussicht auf Gewinnchancen oder sonstige Chancen eines Unternehmens, in diesem Fall eines Krankenhauses, hat immer die Folge, sich auch mit möglichen Risiken auseinandersetzen zu müssen.¹⁹⁸ Der Fokus lag jedoch vermehrt auf finanziellen Verlusten und weniger auf anderen Risiken, wie zum Beispiel Imageverlust. Spätestens aber seit der Einführung des KonTraG und seinem

¹⁹⁶ Vgl. (Fehlberg and Poll 2000) S. 474

¹⁹⁷ Vgl. (Kahla-Witzsch 2005) S. 27

¹⁹⁸ Vgl. (Akens-Fries 2002) S. 73

Ausstrahlungscharakter ist Risikomanagement und die Einführung eines Prüfungssystems ein Thema für alle Krankenhäuser.¹⁹⁹

Krankenhäuser, die nicht unter die gesetzliche Regelung fallen oder sich trotz der gesetzlichen Regelung noch nicht mit dem Thema Risikomanagement beschäftigt haben, können auch das Sozialgesetzbuch V hinzuziehen. Aus diesen Bestimmungen ergibt sich zwar keine gesetzliche Verpflichtung für ein Risikomanagementsystem, aber auch hier kann von Ausstrahlungscharakter gesprochen werden.

§135a (2) SGB V:

Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen (...), sind nach Maßgabe der §§ 137 und 137d verpflichtet,

1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
2. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

Bei den Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) obliegen, werden verpflichtend Daten zum Benchmarking eingeholt, die insbesondere die Ergebnisqualität darstellen und gegebenenfalls optimieren sollen. Weit gefasst ist das bei effizienter Nutzung bereits ein Instrument zum Risikomanagement.²⁰⁰

Die Verpflichtung zur Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems beinhaltet keine direkte Verpflichtung zur Einführung von Risikomanagement, insbesondere da Qualitätsmanagement in der Regel nicht den haftungsrechtlichen Bereich betrifft,²⁰¹ aber ein Krankenhaus, das ein Qualitätsmanagement-System eingeführt und gegebenenfalls auch zertifiziert hat, befasst sich bereits mit Abläufen und deren Schwachstellen, mit Verantwortungsbereichen, mit Kommunikation und kontinuierlicher Verbesserung. Auch in diesem Zusammenhang zeigt sich, dass Risiko- und Qualitätsmanagement gut ergänzend aufzubauen und zu implementieren sind. (siehe Kapitel 2.6)

¹⁹⁹ Vgl. (Kaufmann 1999)

²⁰⁰ Vgl. (Middendorf 2006b) S. 61

²⁰¹ Vgl. (Koller and von Langsdorff 2005) S. 3

3.4 Bewertung von Risikomanagement im Krankenhaus

3.4.1 Grenzen und Nachteile von und durch Risikomanagement

Nach dieser Auseinandersetzung mit Risikomanagement allgemein und im Krankenhausbereich bleibt, vor der Auseinandersetzung mit den haftungsrechtlichen und versicherungstechnischen Grundlagen als Vorbereitung auf die empirische Analyse in Kapitel 6, die Frage nach der kritischen Würdigung.

Risikomanagement bindet Ressourcen. Es fallen für die Implementierung und Pflege eines umfassenden Systems Kosten an. Zum einen sind das Kosten, die für Mitarbeiter, wie den Risiko-Manager, aufgebracht werden müssen, aber auch die indirekten Personalkosten, die entstehen, wenn Mitarbeiter Zeit mit der Fehlermeldung oder -besprechung verbringen. Zum anderen sind in der Regel auch Kosten für die technische Einrichtung notwendig. Fehlermeldesysteme sind in den meisten Fällen edv-basierte Systeme, die Anschaffungs- und Betriebskosten benötigen. Darüber hinaus erfordert der Aufbau von Risikomanagement, die Weiterentwicklung und konsequente Nutzung, Zeit, die sich indirekt auch monetär abbilden lässt. Weitere Kosten können für eine externe Risikoberatung entstehen, die bei dem Entschluss, Risikomanagement umzusetzen, hinzugezogen werden kann.

Risikomanagement sollte kein zeitlich begrenztes Projekt sein, um dauerhaft Erfolg sichern zu können. Auch wenn Risikomanagement als dauerhaftes System etabliert ist, können nicht alle Fehler und Risiken eliminiert werden. In einem System, in dem Menschen zusammenarbeiten kann das nicht gewährleistet werden und sollte das Argument, das dieses System zuviel Arbeit mit sich bringt, mit der Pareto-Regel (siehe Kapitel 2.5.2.2) entkräftet werden. 80 Prozent der anfallenden Fehler, Beinahefehler und Risiken können mit 20 Prozent des einzusetzenden Aufwandes reduziert werden.

Mit der finanziellen Unterstützung und der Bereitstellung sonstiger Ressourcen alleine ist ein Risikomanagementsystem nicht lebensfähig. Es benötigt die Mitarbeit und das stetige Engagement der Beteiligten. Das edv-basierte System muss gepflegt werden und der Risiko-Manager benötigt Fehlermeldungen, damit ein effizientes Modell vorherrschen können. Um diese ständige Beteiligung aufrecht zu erhalten, müssen die optimalen Rahmenbedingungen für Risikomanagement geschaffen werden. Das geht fast immer mit einem Wandel der Unternehmenskultur einher. Es muss eine offene Fehlerkultur geschaffen werden und eine Kultur des Vertrauens eingerichtet werden. Für das Krankenhaus ist es sehr aufwendig, diese Rahmenbedingungen zu schaffen. Es muss ein Wandel im Führungskräfteverhalten kommuniziert und die Maßgabe der Selbstkritik gefördert werden. Das erfordert Mut zur Veränderung und den Willen Probleme nicht nur zu erkennen, sondern anzusprechen und anzugehen.

Darüber hinaus sind intensive Schulungen notwendig, die wiederum Zeit und Geld kosten.

Risikomanagement ist also nicht ohne Aufwand und das heißt, auch nicht ohne finanziellen Aufwand umzusetzen, doch gibt es auch eine Vielzahl von Punkten, die diese Gegenargumente entkräften können.

3.4.2 Chancen und Vorteile von und durch Risikomanagement

Die Einführung eines Risikomanagementsystems beinhaltet vor allem das Ziel der Senkung der Fehlerhäufigkeit und damit der Schadensfrequenz und -höhe. Dass dies gelingen kann, zeigen Expertenmeinungen.^{202 203 204}

Dieser Benefit der Risikooptimierung und Fehlerreduktion beinhaltet eine große Menge an weiteren Vorteilen. Bei den folgenden Ausführungen ist zu beachten, dass die gewählte Definition des asymmetrischen Risikos zum Teil verlassen wird und auch der symmetrische Risikobegriff von Bedeutung sein kann.

Zuerst wird durch Risikomanagement-Maßnahmen die Patienten- und Mitarbeitersicherheit erhöht. Leib und Leben werden weniger gefährdet und gute therapeutische Ergebnisse durch Professionalität bei Diagnostik und Therapie gewährleistet. Das heißt auch, dass das Beschwerdeaufkommen, sowohl von Patienten- als auch von Mitarbeiterseite sinken kann und ein erhöhtes Vertrauen in die Klinik gesetzt wird. Das wiederum bedingt einen deutlichen Imagezuwachs für jedes Haus, was eine Steigerung der Patientenzahlen und damit der Einnahmen zur Folge hat. Darüber hinaus wird die Mitarbeitermotivation gestärkt. Die Möglichkeit sich aktiv am Wandel zu beteiligen und Verbesserungsvorschläge in einem offenen Klima äußern zu dürfen, zeigt den Beteiligten, dass sie und ihre Arbeit ernst genommen werden. Das bindet Arbeitnehmer langfristig an das Haus und beinhaltet eine Attraktivitätssteigerung auch für potenzielle Mitarbeiter. Die vermehrte Zufriedenheit von Patienten und Mitarbeitern ist auch durch die Reduktion von Doppelarbeiten, Leerlaufzeiten und Wartezeiten zu erklären, die sich durch effiziente Ablaufoptimierung einstellen. Die klare Zuordnung von Verantwortlichkeiten, definierte Absprachen im Bereich der Dokumentation und die kontinuierliche Identifikation und Optimierung von Schwachstellen bietet ein hohes Maß an Rechtssicherheit.

Risikomanagement beinhaltet auch die Chance eines optimalen Ressourceneinsatzes, da durch die in der Regel interdisziplinäre Betrachtung und Bearbeitung von Sachverhalten die Prozessabläufe effizient gestaltet werden. Diese interdisziplinäre und ganzheitliche Betrachtung, die im Risikomanagement unbedingt forciert und

²⁰² Vgl. (Martin 2000) S. 922

²⁰³ Vgl. (Petry 2007) S. 198

²⁰⁴ Vgl. (Ludwig 2008) S. 150

Insellösung vermieden werden sollten, bedingt des Weiteren Schnittstellenoptimierungen.

Diese Vorteile ziehen auch finanzielle Chancen nach sich. Weniger Fehler und Schäden bedeuten auch weniger Kosten für das gesamte Schadensmanagement, das in klagefreudigen Zeiten und bei Anstieg der Schäden (vgl. Kapitel 5.1) erhebliche Summen beansprucht. Darüber hinaus kann durch den Imagegewinn, ein erhöhtes Patientenaufkommen realisiert werden. Ein weiterer finanzieller Vorteil, der sich auf die Senkung der Schadensfrequenz stützt, sind die etwaigen Einsparungsmöglichkeiten im Rahmen der Haftpflichtversicherungsprämie. Diese möglichen positiven Auswirkungen werden im Rahmen der empirischen Analyse in Kapitel 6 näher untersucht.

4 Haftungsrechtliche Aspekte von Risikomanagement im Krankenhaus

4.1 Einführung in das Haftungsrecht

Um die Bedeutung von Fehlern im Krankenhaus, die daraus resultierenden Schäden und die Maßnahmen des Risikomanagements in ihrer Bedeutung einschätzen zu können, wird im Folgenden der haftungsrechtliche Hintergrund dargestellt.

Grundsätzlich kann eine Zahlungsverpflichtung entweder aus der Verletzung vertraglicher Pflichten eines geschlossenen Behandlungsvertrags²⁰⁵ oder aus einer unerlaubten Handlung, dem Delikt²⁰⁶, resultieren. Beide Anspruchsgrundlagen gewähren den wichtigen Anspruch auf Schmerzensgeld.²⁰⁷ Ohne bestehenden Vertrag haftet derjenige, der „vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt [mit] Ersatz des daraus entstehenden Schadens.“²⁰⁸ Ansatzpunkt für die deliktische Haftung im Rahmen der ärztlichen Behandlung ist, dass der ärztliche Heileingriff nach ständiger Rechtsprechung tatbestandlich eine unerlaubte Handlung darstellt.²⁰⁹ Dies gilt selbst dann, wenn der Eingriff medizinisch indiziert ist, lege artis²¹⁰ durchgeführt wird und sich der Heilerfolg einstellt. Der behandelnde Arzt entgeht der deliktischen Haftung nur dadurch, dass die Rechtswidrigkeit dieser unerlaubten Handlung durch eine wirksame Einwilligung des Patienten ausgeschlossen wird und bei der Behandlung der ärztliche Sorgfaltsmaßstab eingehalten wird.²¹¹

²⁰⁵ Vgl. (BGB 2009) §§ 276 ff.

²⁰⁶ Vgl. (BGB 2009) §§ 823 ff.

²⁰⁷ Vgl. (BGB 2009) § 253

²⁰⁸ (BGB 2009) § 823

²⁰⁹ Vgl. (BGB 2009) §§ 823 ff.

²¹⁰ lege artis bedeutet "kunstgerecht" oder "nach den Regeln der ärztlichen Kunst", also eine fachgerechte Ausführung des Eingriffs nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen.

²¹¹ Vgl. (Pflüger 2002) S. 50 ff.

Die vertragliche Haftung betrifft hingegen nur die Vertragspartner. Wesentlich für die Haftung des Krankenträgers ist die Art des Vertrags, der zwischen Krankenhaus und Patient besteht. Der Abschluss eines Totalen Krankenhausvertrags ist – neben dem Totalen Krankenhausvertrag mit Arztzusatzvertrag und dem Gespaltenen Krankenhausvertrag – der Regelfall. Der Patient muss diesen im Krankenhaus meist unterschreiben, ist aber, wenn er gesetzlich versichert ist, nur „Drittbegünstigter i.S.v. § 328 BGB aus einem von der Krankenkasse in Erfüllung ihrer öffentlich-rechtlichen Pflichten mit dem Krankenträger geschlossenen Vertrag“²¹². Bei dem Totalen Krankenhausvertrag ist der Krankenträger allein verantwortlich für die Erbringung der allgemeinen Krankenhausleistungen,²¹³ er haftet für alle Schäden, die in Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt stehen, z.B. technische Mängel, oder Mängel in der medizinischen und pflegerischen Versorgung durch Mitarbeiter, welche als Erfüllungsgehilfen zu sehen sind.²¹⁴ Der Krankenträger ist alleiniger Vertragspartner des Patienten. Da es sich bei einem Behandlungsvertrag nach herrschender Rechtsprechung um einen Dienstvertrag handelt,²¹⁵ schuldet das Krankenhaus nicht den erwarteten Behandlungserfolg, sondern nur eine Behandlung nach Facharztstandard. Für die Haftung des Krankenhauses ist ein Behandlungsfehler erforderlich, das heißt, eine schuldhaft Verletzung des Sorgfaltsmaßstabes – vorsätzlich oder fahrlässig.²¹⁶ Maßgeblich für die vom Arzt zu beachtende Sorgfalt ist grundsätzlich der ärztliche Standard zum Zeitpunkt der Behandlung.^{217 218}

Der Totale Krankenhausvertrag mit Arztzusatzvertrag umfasst Zusatzleistungen eines selbstliquidierenden Arztes. In diesem Fall muss der Patient über diesen Tatbestand aufgeklärt sein und sein Einverständnis schriftlich niederlegen. Der Patient hat zwei vertragliche Haftungsschuldner. Das Krankenhaus haftet gemäß dem Totalen Krankenhausvertrag und der selbstliquidierende Arzt für die Sorgfaltspflichtverletzung, sofern es um Fehler bei der ärztlichen Behandlung geht. Es existiert die Ausnahme, dass ein ausdrücklicher Hinweis, den selbstliquidierenden Arzt zum alleinigen Haftungsschulder machen kann.²¹⁹

Der dritte Fall ist der Gespaltene Krankenhausvertrag, der meistens bei Belegarztsystemen zum Einsatz kommt. Ein freiberuflicher, niedergelassener Arzt erbringt Leistungen im Krankenhaus. Das Krankenhaus, bzw. der Träger schuldet die Hotelleistungen und die pflegerische Versorgung, der (Beleg-) Arzt schuldet die ärztliche Versorgung. Die Vertragspartner des Patienten sind in diesem Fall der

²¹² (Middendorf 2006b) S. 64

²¹³ Vgl. (BPfIV 2009) § 2 Abs. 2

²¹⁴ Vgl. (BGB 2009) § 278

²¹⁵ Vgl. (BGB 2009) § 611

²¹⁶ Vgl. (BGB 2009) § 276

²¹⁷ Vgl. (Pflüger 2002) S. 90

²¹⁸ Vgl. (Szajstek 2009) S. 7-0

²¹⁹ Vgl. (Middendorf 2006b) S. 65

Krankenhausträger und der Belegarzt. Das Krankenhaus haftet für organisatorische Mängel und Fehlverhalten des eigenen Personals, der Belegarzt haftet für die eigenen Fehler. Der Träger ist wegen seiner Beziehung zu dem Patienten verpflichtet, außerhalb der Leistungen des Belegarztes die ärztliche und die pflegerische Versorgung des Patienten sicherzustellen und technische Geräte zur Verfügung zu stellen.²²⁰

Krankenhäuser sind im Gegensatz zu Ärzten nicht zu einer Betriebshaftpflichtversicherung verpflichtet. Krankenhausmitarbeiter und Patienten sind nicht automatisch über den Krankenhausträger abgesichert.

Die Absicherung der ärztlichen Tätigkeit durch Haftpflichtversicherer wird als standesrechtliche Verpflichtung angesehen. Trägt der Arzt Haftung für die Sachlage, übernimmt die Versicherung die Schadensersatzkosten, nach Prüfung der juristischen Rechtfertigung. Patienten klagen nicht nur innerhalb eines Zivilprozesses, um Schadensersatz zu erreichen, sondern es wird darüber hinaus ein Strafprozess angestrebt - mit dem Hintergrund, dass bei einem Zivilprozess der Versicherte in der Beweislast steht, die Beweisführung bei einem Strafprozess wird jedoch seitens der Staatsanwaltschaft übernommen. Im strafrechtlichen Bereich steht die Bestrafung mittels Geldbußen und Berufserlaubnisentziehung im Mittelpunkt. Das Urteil des Strafprozesses kann dabei richtungweisend für den Zivilprozess sein.²²¹ Bei ärztlichen Haftpflichtversicherungen sollte daraufgeachtet werden, dass das individuelle Arbeitsspektrum berücksichtigt wird, Deckungslücken und Doppelversicherungen vermieden werden, ausreichende Deckungssummen vorliegen und der Versicherungsschutz auch bei Strafverfahren, sowie für die gesamte Berufsdauer gilt.²²²

Darüber hinaus ist die Unterstützung von außergerichtlichen Institutionen möglich (z.B. die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern und der medizinische Dienst der Krankenkassen).²²³

Der Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern und Vorsitzender der Ständigen Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen Dr. A. Crusius sieht Deutschland dabei in einer Vorreiterrolle: „Nirgendwo auf der Welt (gäbe es) vergleichbare Einrichtungen, die den Patienten ein derartiges Angebot der Begutachtung und Schlichtung unterbreiten“²²⁴.

„Es ist oft schwer zu beweisen, dass ein Schaden tatsächlich durch den ärztlichen Fehler entstanden ist. (...) Am Ende verliert deshalb zumeist die Partei, die die

²²⁰ Vgl. (Middendorf 2006b) S. 65

²²¹ Vgl. (Siedlaczek 2009) S. 6

²²² Vgl. (Bergmann and Wever 2004) S. 247

²²³ Vgl. (Hansis et al. 2001) S. 5-6

²²⁴ (Furmann and Crusius 2009) S. 6

Beweislast trägt, die also den Zusammenhang zwischen Fehler und Schaden nachweisen muss²²⁵. Der Beweislast kommt eine besondere Rolle im Haftpflichtverfahren zu. Jede Anspruchspartei trägt die Beweislast für den Nachweis. „Dies bedeutet, dass der Patient als Anspruchsteller dem Krankenhaus gegenüber beweisen muss, dass ihm ein Schaden entstanden ist und dass Kausalität besteht. Das bedeutet, dass dieser Fehler auch auf das Krankenhaus bzw. einen seiner Verrichtungs- oder Erfüllungsgehilfen zurückzuführen sein muss. Da dies außerordentlich schwierig sein kann und somit im Einzelfall ein Vorteil für das Krankenhaus entstehen könnte, kommt es in bestimmten Fällen zur Beweislastumkehr. Die Beweislastumkehr greift insbesondere bei voll beherrschbaren Risiken, Dokumentationsversäumnissen, schweren oder groben Behandlungsfehlern und bei groben Organisationsfehlern“²²⁶.

Unter voll beherrschbaren Risiken sind solche Risiken zu verstehen, deren Gefahren voll ausgeschlossen werden können, wie z.B. die Einhaltung der Schutzgesetze. Es handelt sich um Vorschriften zum Umgang mit bestimmten Prozessen einer erfolgreichen Krankenhausbehandlung, wie der Umgang mit Arzneimitteln, der Umgang mit (Röntgen-) Strahlen oder Infektionen. Zu den Schutzgesetzen zählen das Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (AMG), das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), das Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG), das Medizinproduktegesetz (MPG), die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV), die Röntgenverordnung (RöV), die Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) und das Transfusionsgesetz (TFG). Die Schutzgesetze fallen unter den Tatbestand der Verkehrspflichtverletzung.²²⁷ Liegt die Vermutung eines voll beherrschbaren Risikos vor, muss sich die Krankenhausesite entlasten.

Dokumentationsversäumnisse beinhalten die Nichtdokumentation einer ärztlich gebotenen Maßnahme. Dies hat zu Folge, dass dem Krankenhaus unterstellt wird, dass diese Maßnahme unterblieben ist. Hierbei handelt es sich um die Vermutung eines Behandlungsfehlers durch Unterlassen.²²⁸

Bei der Beweiserleichterung schwerer oder grober Behandlungsfehler wird der Ursachenzusammenhang zwischen Fehler und eingetretenem Schaden grundsätzlich vermutet. Ein Behandlungsfehler ist als grob anzusehen, wenn ein medizinisches Fehlverhalten vorliegt, das aus objektiver, ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich erscheint.²²⁹

²²⁵ (von Hardenberg 2008) S. 2

²²⁶ (Szajstek 2009) S. 11-12

²²⁷ Vgl. (Middendorf 2006b) S. 72-74

²²⁸ Vgl. (Pflüger 2002) S. 134

²²⁹ Vgl. (Pflüger 2002) S. 299 ff.

Die letzte Art von Beweiserleichterung liegt bei groben Organisationsfehlern vor. Dabei geht die Rechtsprechung davon aus, dass der grobe Organisationsfehler ursächlich für die Komplikation der Behandlung ist.^{230 231}

Eine Übersicht über Problemfelder im Krankenhaus in Bezug auf Haftungsrisiken gibt das folgende Kapitel 4.2.

4.2 Haftungsrisiken im Krankenhaus

Zu den typischen Behandlungsfehlern zählen Irrtum bei der Erhebung bzw. Nichterhebung einer Diagnose und die Wahl einer Behandlungsmethode außerhalb des ärztlichen Sorgfaltsmaßstabes. Auch das sogenannte Übernahmeverschulden, gemeint ist die Übernahme einer Behandlung, obwohl die technische oder personelle Ausstattung Anlass gegeben hätte von der Therapie abzusehen, sowie die Therapie- oder Sicherheitssaufklärung²³² des Patienten über das Risiko der Therapie, zählen zu häufig auftretenden Behandlungsfehlern.

Dabei sind folgende Hauptproblemfelder relevant.

4.2.1 Organisationsfehler

Organisationsfehler im Krankenhaus sind die Fehler, die auf Grund mangelnder Absprachen und Standards entstehen. Sie können diverse Bereiche, wie die Hygiene oder die Ablauforganisation, betreffen. Einen Teil der Organisationsfehler stellen beispielsweise die Übernahme- und Überwachungsfehler dar. Ein erfahrener Arzt darf einem in der Ausbildung oder Weiterbildung befindlichen Arzt nur die Aufgaben zuweisen, die dieser sicher beherrscht.

Ebenso darf ein voll ausgebildeter, erfahrener Arzt keine Aufgabe übernehmen, die er trotz Erfahrung nicht beherrscht. Vorgesetzte müssen die ihnen untergeordneten Mitarbeiter fachgerecht anleiten und überwachen. Es müssen ausreichend geschulte und qualifizierte Mitarbeiter verfügbar sein, unerfahrene Mitarbeiter müssen von Mitarbeitern mit Erfahrung überwacht werden.

Ebenso relevant ist der Bereich der Hygienefehler. Es müssen die entsprechenden Regelungen zur Hygiene eingehalten werden.

Darüber hinaus ist es elementar, dass ein Krankenhaus seine Abläufe standardisiert geregelt hat. Es sollte, insbesondere bei risikobehafteten Abläufen, eine Verfahrensregelung vorliegen. Ein Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz sprach der Familie eines Zwillingssjungen 300.000 Euro Schmerzensgeld zu, da es bei dem Neugeborenen versäumt wurde, eine Blutzuckerkontrolle durchzuführen. Das Kind

²³⁰ Vgl. (Pflüger 2002) S. 253

²³¹ Vgl. (Szajstek 2009) S. 11-12

²³² Vgl. (Pflüger 2002) S. 99 ff., S. 110 ff.

leidet auf Grund der aufgetretenen Hypoglykämie²³³ und ihren Folgen an einer schweren Hirnschädigung. „Dem Krankenhausträger wurde angelastet, dass keine Regelungen darüber existieren, wann bei Risikogeburten z.B. eine Blutzuckeruntersuchung durchzuführen ist. (...) Die Hypoglykämie gehört zu den typischen Komplikationen bei untergewichtigen Neugeborenen. Es gehörte schon vor 1987 viele Jahre lang zum Standardwissen, dass bei Kindern mit ausgeprägter Wachstumsretardierung²³⁴ nach der Geburt Blutzuckerkontrollen durchgeführt werden sollten“²³⁵.

Es zeigt sich, dass zunehmend die Organisationsfehler im Fokus der Rechtssprechung liegen. Auch bei vorliegenden Behandlungsfehlern (siehe Kapitel 4.2.2), bei gleichzeitigem Vorliegen von organisatorischen Mängeln, werden letztere bei der Urteilsfindung maßgeblich berücksichtigt und für den verhängnisvollen Verlauf von Vorfällen verantwortlich gemacht.²³⁶

Es sollten umfassende Regelungen zu medizinischen Routine- und Risikoabläufen vorliegen und gelebt werden und auch supportive Bereiche wie Fort- und Weiterbildung, Einarbeitung von Mitarbeitern und Vertretungsregelungen sollten geregelt sein.²³⁷ Darüber hinaus müssen die erforderliche Mitarbeiteranzahl, die apparativ-technischen und sonstigen Voraussetzungen gegeben sein, um die Anforderungen zu erfüllen und Organisationsfehler zu vermeiden. Ursachen für Fehler sind nicht nur „beim Mitarbeiter und dessen Nachlässigkeit, Inkompetenz und Selbstüberschätzung“²³⁸ zu suchen, sondern auch im Bereich der systemischen Mängel und Nachlässigkeiten.

4.2.2 Behandlungsfehler

Der Behandlungsfehler beinhaltet nicht das Ausbleiben des Behandlungserfolgs, sondern das fehlerhafte Vorgehen im Rahmen der Diagnostik und Therapie. „Der Arzt schuldet dem Patienten keinen Behandlungserfolg, sondern eine dem Standard eines sorgfältig arbeitenden Facharztes entsprechende Dienstleistung“²³⁹. Die Behandlung muss dem Standard des Fachgebietes und des Berufskreises entsprechen und die berufsfachlich geforderte Sorgfalt muss eingehalten werden. Einen großen Teil der Behandlungsfehler stellen die Fehler im Bereich der Medikation dar. Arzneimittelfehler beinhalten nicht nur den Einsatz eines falschen Medikaments, bzw. Wirkstoffes,

²³³ Hypoglykämie bezeichnet einen zu niedrigen Blutzuckerspiegel, also einen zu geringen Glucoseanteil im Blut. (Unterzucker)

²³⁴ (fetale) Wachstumsretardierung bedeutet, dass das Kind während der Schwangerschaft ein in Hinblick auf die Schwangerschaftsdauer zu niedriges Gewicht aufweist.

²³⁵ (Teichner 2006) S. 271

²³⁶ Vgl. (Martin 2000) S. 919

²³⁷ Vgl. (Martin 2000) S. 921

²³⁸ (Kahla-Witzsch and Platzer 2007) S. 169

²³⁹ (Ennker et al. 2007) S. 15

sondern auch das Außerachtlassen von Neben- oder Wechselwirkungen, Fehldosierungen und Verwechselungen von Medikamenten. Eine Möglichkeit Arzneimittelfehlern zu begegnen wird in Kapitel 2.5.3.2 ‚Computergestützte Arzneimittelversorgung‘ aufgeführt.

Zumeist beruhen Behandlungsfehler auf individuellem Fehlversagen, sie treten aber in der Praxis in der Regel nicht isoliert auf, sondern in Verbindung mit organisatorischen Mängeln. Somit sind die einzelnen Fehlerbereiche nicht trennscharf und die Ursachen der Fehler auf mehreren Ebenen und in verschiedenen Fehlerbereichen zu finden.

Dabei existieren die Haftung des leitenden Arztes und die Haftung des Krankenhausträgers parallel nebeneinander. Der Chefarzt, bzw. der Leiter der Abteilung trägt die Organisationsverantwortung für seinen Bereich im Rahmen seiner Befugnisse und Möglichkeiten. Wenn ein Assistenzarzt eine falsche Diagnose und weitere Therapie beschließt, ohne den Facharzt zu dieser Entscheidung dazuzuziehen, dann besteht auf der einen Seite ein Behandlungsfehler, auf der anderen Seite ist der Facharztstandard nicht gewährleistet und das Übernahme- und Überwachungsverschulden muss geprüft werden.²⁴⁰

4.2.3 Aufklärungsfehler

Das Recht auf Aufklärung begründet sich in Artikel 2 des Grundgesetzes. Das dort verbürgte Selbstbestimmungsrecht liegt bei einer Behandlung stets beim Patienten. Er kann nicht zu einer Maßnahme oder einem Eingriff gezwungen werden, auch dann nicht, wenn sein Verhalten als unvernünftig bezeichnet werden kann. Es muss immer eine wirksame Einwilligung des Patienten vorliegen. Der ohne wirksame Einwilligung vorgenommene Eingriff ist rechtswidrig.

Der Aufklärungsfehler lässt sich in zwei Arten von Fehlern unterscheiden.

Bei der Risikoaufklärung oder auch Eingriffsaufklärung geht es darum, ob der Patient in das ärztliche Handeln eingewilligt hat, nachdem er umfassend aufgeklärt worden ist. Fehlt diese Einwilligung, gilt der ärztliche Eingriff als rechtswidrige Körperverletzung. Der Arzt haftet für den Schaden, der durch sein Handeln erfolgt ist, selbst wenn dieses *lege artis*²⁴¹ durchgeführt worden ist. Bei der Sicherungsaufklärung oder auch therapeutischen Aufklärung, geht es um die Aufklärung zur Gefahrenabwehr. Es werden Informationen vermittelt, die bei Umsetzung zum Behandlungserfolg beitragen. Sie umfasst Informationen zur Lebensweise, zur Beobachtung und Meldung des Gesundheitszustandes, zu Schutzimpfungen, zur Einhaltung von Hygienemaßnahmen, zur richtigen Einnahme von Medikamenten und zu deren Wirkungsweise, Dosierung

²⁴⁰ Vgl. (Ennker et al. 2007) S. 15-16

²⁴¹ *lege artis* bedeutet "kunstgerecht" oder "nach den Regeln der ärztlichen Kunst", also eine fachgerechte Ausführung des Eingriffs nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen.

und Nebenwirkungen. Die Verletzung der Pflicht zur Sicherungsaufklärung stellt einen Behandlungsfehler dar. Bei der Eingriffsaufklärung muss einzelfallabhängig geprüft werden, was aufklärungsbedürftig war und wie diese Aufklärung durchgeführt worden ist, das heißt, es muss geprüft werden, ob diese wirksam war.²⁴² Die Durchführung einer wirksamen Aufklärung ist von vielen Faktoren bestimmt. So muss der Arzt Inhalt und Umfang der Aufklärung so wählen, dass der Aufzuklärende die Tragweite seiner Einwilligung verstehen kann. Auch der Zeitpunkt der Aufklärung sollte angemessen gewählt werden. Die Dokumentation dient als Indiz für eine adäquate Aufklärung. Der Nachweis der wirksamen Aufklärung stellt einen hohen Anspruch dar. Auch wenn juristisch und medizinisch geprüfte Standardaufklärungsbögen zum Einsatz kommen, dienen diese, bei Vorliegen der Unterschrift des Arztes und des Patienten, nicht als hinreichender Nachweis. Diese Bögen sollten umfassend individualisiert sein, um das stattgefundene Gespräch zu dokumentieren. Eine Aufklärung muss mit einem persönlichen Gespräch zwischen Arzt und Patient einhergehen. Nur wenn der Standardbogen zum Beispiel individuelle Zeichnungen, Fragen des Patienten oder ärztliche Erklärungen und Informationen enthält, kann dieser als Nachweis für das stattgefundene Aufklärungsgespräch gelten. Die Aufklärung richtet sich nach Art und Umfang nach der Persönlichkeit des Patienten und variiert daher je nach Gegebenheiten.

Einen Sonderfall stellt die Aufklärung von Minderjährigen und Bewusstlosen dar. Im ersten Fall müssen die Eltern mit der ärztlichen Behandlung einverstanden sein. Sind die Minderjährigen aber bereits einsichtsfähig, was die Tragweite ihrer Entscheidung angeht, reicht ihre Einwilligung aus. Bei Eingriffen bei denen keine Einwilligung im Vorfeld eingeholt werden kann, kann die mutmaßliche Einwilligung vor Gericht standhalten.²⁴³

4.2.4 Dokumentationsfehler

Der Bereich der Dokumentationsfehler ist ebenfalls in Verbindung mit den vorherigen Fehlerarten zu sehen. Wie bereits im Bereich der Aufklärung angesprochen, ist die korrekte Dokumentation der Aufklärung und des stattgefundenen Gespräches von besonderer Bedeutung. Der Arzt ist nach § 51 Ärztegesetz verpflichtet, Aufzeichnungen über jeden Patienten zu führen. Es müssen Zustand der Person bei Übernahme, Vorgeschichte einer Erkrankung, Diagnose, Krankheitsverlauf, Beratungen, Therapien, sowie Arzneimittelspezialitäten dokumentiert werden.²⁴⁴ Fehlt diese Dokumentation oder ist diese mangelhaft ausgeführt, kann das zu erheblichen

²⁴² Vgl. (Ennker et al. 2007) S. 20

²⁴³ Vgl. (Ennker et al. 2007) S. 19-22

²⁴⁴ Vgl. (ÄrzteG 1998) § 51

Nachweisproblemen führen, insbesondere wenn Ansprüche erst nach Jahren gestellt werden. Ohne adäquate Dokumentation wäre nicht mehr nachweisbar, dass eine Handlung erfolgt oder unterlassen worden ist. Eine ordnungsgemäße Aufklärung ist bei Fehlen eines individualisierten Aufklärungsbogens nicht nachweisbar. Es wird vermutet, dass diese nicht stattgefunden hat und auf Grund von Dokumentationsmängeln, bzw. Aufklärungsmängeln zu Gunsten des Patienten entschieden.²⁴⁵

Im Bereich der Dokumentation ist auch die Archivierung von besonderer Bedeutung. Patientenunterlagen müssen 30 Jahre lang verfügbar sein, es sei denn, es sind andere Aufbewahrungsfristen benannt. Dabei gibt es besondere Herausforderungen an die Archivierung. Nicht nur der Platz muss hinreichend vorhanden sein, denn auch wenn mittlerweile digital archiviert werden kann, bzw. auf Mikroverfilmung abgestellt wird, muss ein ausreichendes Archiv zur Verfügung stehen, bis sich endgültig ein papierloses Krankenhaus etabliert hat. Das Archiv muss vor Wasser- und Brandschäden geschützt sein und die Unterlagen müssen zutrittssicher verwahrt werden. Ebenso muss eine Zugriffssicherung bei der digitalen Speicherung berücksichtigt werden, sowie der Datenverlust und die Rechtsicherheit geprüft werden. Der Verlust von Patientenunterlagen ist zu vermeiden. Dokumentationen sollten nicht unbeaufsichtigt zugänglich sein, da neben der datenschutzrechtlichen Verletzung auch ein Verlust der Unterlagen erfolgen könnte. Patienten, die ein Recht auf Einsichtnahme haben, sollten die Unterlagen nicht unbeaufsichtigt erhalten und lesen können.

Schriftliche Nachweise sind auch in anderen Fehlerbereichen relevant. Es sollten zum Beispiel Nachweise vorliegen, dass Geräteeinweisungen durch kompetente Personen stattgefunden haben. Damit zeigt sich ein weiteres Feld der Haftungsrisiken, die Gerätefehler.

4.2.5 Gerätefehler

Im Mittelpunkt der Gerätefehler steht vor allem die Gerätesicherheit. Darüber hinaus sind auch Geräteverantwortung, Gerätebeauftragung und die Schnittstelle zur Gerätetechnik relevant. Hier besteht eine Schnittmenge zu Organisationsfehlern. Die eingesetzten Geräte müssen störungsfrei sein und sie dürfen weder dem Patienten, noch dem Anwender Schaden zufügen.

Messinstrumente müssen validiert werden, um korrekte Ergebnisse zu erzeugen. Das bedeutet, dass die vorgeschriebenen Wartungen und Validierungen regelmäßig vorzunehmen sind. Es muss eine Gerätebestandliste der aktiven Medizinprodukte

²⁴⁵ Vgl. (Ludwig 2008) S. 116

vorliegen²⁴⁶ und es sollte ein Gerätebeauftragter benannt werden. Die Anwender müssen in die Geräte eingewiesen worden sein und dieses auch schriftlich nachweisen können. Die Zuständigkeiten zwischen Ärzten, Pflegenden und Medizintechnik muss geregelt werden und die Gerätebücher lückenlos geführt werden.

Im Rahmen der apparativ-technischen Fehler können diverse Fehlerarten auftreten. Bei fehlender oder mangelhafter Einweisung in das Gerät kann es zu Fehlern kommen. Dabei ist nicht nur die falsche Bedienung des Gerätes relevant, sondern auch die unsachgemäße Handhabung, zum Beispiel unbeabsichtigtes Einschalten des Gerätes durch Fußtaste oder Beschädigung des Kabels durch Zug. Zum anderen können Instandhaltungsfehler Schäden verursachen. Zum Beispiel erfolgen keine Wartungen, Hinweisschilder verblassen oder werden überklebt, alte und damit nicht gewartete oder defekte Geräte werden nicht aussortiert oder entsprechend gekennzeichnet, Fehlen der Gebrauchsanweisung am Gerät, brüchiges Schlauchmaterial oder Nutzung einer unsicheren Stromquelle. Denkbar ist auch, dass das Gerät einen bestehenden Fehler nicht anzeigt oder die zugehörigen Kontroll- und Alarmfunktionen gestört sind. Auch kann es bereits bei der Fertigung zu Konstruktions- Fertigungs- und Materialfehlern kommen, die schwerwiegende Gerätefehler verursachen können.

5 Haftpflflichtversicherung für Krankenhäuser

5.1 Darstellung der Schadensfallentwicklung im Gesundheitswesen

„In Deutschland ist die kontinuierliche Zunahme der Schadensmeldungen [...] ungebrochen“²⁴⁷.

Informationen zur Schadensfallentwicklung im Gesundheitswesen liegen nur in begrenztem Umfang vor, da es nur zu vereinzeltten Veröffentlichungen kommt. Die Daten, die in diesem Zusammenhang zur Verfügung stehen, stammen von den Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder auch von Haftpflflichtversicherern.

Es gibt Schätzungen, dass jährlich allein 17.000 Menschen auf Grund von Behandlungsfehlern den Tod erleiden.²⁴⁸ Die Zahl der tatsächlich auftretenden Fehler liegt jedoch aus Sicht von Fachexperten höher.

Viele Komplikationen werden nicht als solche erkannt oder gar nicht gemeldet. Schwierig ist die Beurteilung der Ursächlichkeit eines Fehlers für eine bestimmte Folge. Bei den Schlichtungsstellen konnte 2008 nur in 1.695 Fällen von 7.133

²⁴⁶ Vgl. (MPBetreibV 2009) § 8

²⁴⁷ Vgl. (Jaklin 2009) S. 158

²⁴⁸ Vgl. (Bartens and Bohnsem 2008)

Sachentscheidung ein Behandlungsfehler oder Risikoaufklärungsmangel bestätigt werden, dessen Kausalität auch nachgewiesen werden konnte.²⁴⁹ Dabei handelt es sich zum größten Teil um leichte bis mittlere Schäden. Bei 395 der Anträge lagen zwar Behandlungsfehler/Risikoaufklärungsmängel vor, jedoch konnte keine Kausalität festgestellt werden. Es ergaben sich 2.048 Behandlungsfehler und 42 Risikoaufklärungsmängel.²⁵⁰

Die Daten der Schlichtungsstellen werden seit 2006 mit einem neuen, bundesweiten Berichtssystem (MERS) statistisch erfasst. MERS erhebt neben quantitativen Zahlen, auch qualitative Ansätze, wie Häufigkeit und Verteilung der Fehler auf Fachgebiete und Behandlungseinrichtungen. Da es im Bereich von Medizinschäden wenige geeigneten Kennzahlen und Berichtssysteme mit einheitlichem Dokumentationsstandard gibt, können die Daten der Schlichtungsstellen als Grundlage herangezogen werden.²⁵¹

Die häufigsten Beschwerden der Patienten betreffen die operative Therapie. Viele Vorwürfe betreffen die Diagnostik bei der Anamnese und bei radiologischen Verfahren, sowie die postoperativen Aktivitäten. Auch wurden in einigen Fällen Mängel in der Risikoaufklärung dargelegt.²⁵²

Schädigungen auf Grund von Hüft- und Kniegelenksarthrosen²⁵³ aus dem Bereich der orthopädisch-unfallchirurgischen Diagnosen, sind der häufigste Grund, warum sich Patienten an die Schlichtungsstellen wenden. Danach folgen ebenfalls orthopädisch-unfallchirurgische Erkrankungen mit Unterschenkel-/Sprunggelenksfrakturen und Oberschenkelfrakturen²⁵⁴, Komplikationen, die in Zusammenhang mit einer Brustkrebsbehandlung aufgetreten sind, Unterarmfrakturen, Bandscheibenschäden und Rückenschmerzen.²⁵⁵

Die Datenlage der Ecclesia-Gruppe, ein Versicherungsmakler, der neben den betroffenen Fachgebieten, auch deren jeweiligen Aufwand innerhalb der Krankenhäuser beobachtet hat, bietet eine vergleichbare Situation.²⁵⁶

²⁴⁹ Vgl. (Bundesärztekammer 2008) S. 5

²⁵⁰ Vgl. (Bundesärztekammer 2008) S. 5

²⁵¹ Vgl. (Merten 2007) S. 1140

²⁵² Vgl. (Bundesärztekammer 2008) S. 4

²⁵³ vorzeitiger Verschleiß der knorpeligen Gelenkflächen

²⁵⁴ Knochenbruch/Knochenbrüche (lateinisch: fractura – Bruch)

²⁵⁵ Vgl. (Bundesärztekammer 2008) S. 6

²⁵⁶ Vgl. (Jaklin 2009) S. 157

5.2 Auswirkungen der Schadensfallsentwicklung im Gesundheitswesen

Durch den Anstieg der Schadensmeldungen steigen auch die Aufwendungen der Betriebshaftpflicht-Versicherer der Krankenhäuser. Diese betragen 1991 ca. 81 Mio. Euro und 1994 bereits 212 Mio. Euro und Schätzungen besagen, dass die Schadensaufwendungen bei Haftpflichtschäden für Krankenhäuser heute bei über 400 Mio. Euro liegen. Dieser Anstieg erklärt sich zum einen aus wachsenden Pflege- und Schmerzensgeldern - drei entscheidende Urteile des LG München (2001 – Az. 19 O 8 647/00), des LG Würzburg (2001 – Az. 22 0713/99) und des OLG Hamm (2002 – Az. 3Ü 156/00) sprachen jeweils erstmals Schmerzensgelder über 500.000 Euro zu - zum anderen lassen sich diese Zahlen aus den steigenden Klagen zunehmend aufgeklärter Patienten erklären.²⁵⁷ Mit den steigenden Behandlungsfehlern sind auch die Zahlen der Arzthaftungsprozesse und die Höhe der Schadensersatzansprüche in den letzten Jahren gestiegen. Es wurde lange keine statistische Erhebung über Arzthaftungssachen vor den Zivilgerichten geführt,²⁵⁸ bis erstmalig im Jahr 2004 das Statistische Bundesamt in seiner Zivilgerichtsstatistik die Erledigungszahlen von Arzthaftungssachen darstellte.²⁵⁹

Auch wenn die Zahl der Arzthaftungssachen punktuell rückläufig ist, so zeigen die Zahlen der letzten Jahre eine eindeutige steigende Tendenz.

5.3 Grundlagen zur Haftpflichtversicherung im Krankenhaus

In den letzten Jahren ist zu beobachten, dass sich immer mehr Haftpflichtversicherer aus dem Gesundheitswesen zurückziehen. Es existiert nicht die Idealsituation des vollkommenen Wettbewerbs.

Es existiert für die Krankenhausesträger keine gesetzliche bzw. tariflich vereinbarte Pflicht zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung. Dennoch sind ungefähr 95 % aller Krankenhäuser haftpflichtversichert.²⁶⁰ Nur wenige Krankenhäuser verzichten auf diesen Schutz, weil sie zum Beispiel durch den Träger, das Land oder den Bund Versicherungsschutz erhalten. Auch weitere Alternativen zur Haftpflichtversicherung sind denkbar und werden in Kapitel 5.6 näher dargestellt.

„Krankenhäuser sind komplexe Betriebe, die eine Vielzahl an unterschiedlichen Haftpflichtrisiken und einen großen involvierten Personenkreis aufweisen. Eine abgeschlossene Betriebshaftpflichtversicherung deckt nicht nur die gesetzliche Haftpflicht des Trägers aus dem Eigentum und dem laufenden Betrieb des Krankenhauses ab, sondern beinhaltet auch die gesetzliche Haftpflicht aller

²⁵⁷ Vgl. (Bergmann 2006) S. 83-84

²⁵⁸ Vgl. (Meurer 2008) S. 3

²⁵⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt Fachserie 10, R. 2.1

²⁶⁰ Vgl. (Klocke 2006) S. 144

Angestellten aus ihrer dienstlichen Tätigkeit Dritten gegenüber. Auf Grund des Totalen Krankenhausaufnahmevertrags (siehe Kapitel 4.1) für die stationäre Behandlung ist der Krankenhausträger grundsätzlich der alleinige Vertragspartner der Patienten und schuldet ihnen die sogenannte allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 2 Bundespflegesatzverordnung)²⁶¹. Die Versicherung haftet nur bis zu der festgelegten Deckungssumme. Bei grob fahrlässigem oder sogar vorsätzlichem Verhalten kommt diese für den Schaden nicht auf, ebenso wenn ein Mitarbeiter einem Kollegen oder dem Arbeitgeber Schäden zufügt. Für Schäden an Kollegen, die während der Verrichtung der Tätigkeit entstehen, haftet die gesetzliche Unfallversicherung.²⁶²

Bei der Haftpflichtversicherung von Krankenhäusern gibt es eine lange Verjährungsfrist von bis zu 30 Jahren. Bei ungefähr 5 % aller Schäden erfolgt die Anspruchserhebung vier bis 30 Jahre nach der Ursache. Auseinandersetzungen in Prozessen dauern oft mehrere Jahre.²⁶³

„Allgemein unterscheidet man in der Versicherungswirtschaft zwischen dem sogenannten Occurrence- (Schadenfallprinzip) und dem Claims-Made-Prinzip (Anspruchserhebungsprinzip). Während beim Claims-Made-Prinzip in der Haftpflichtversicherung nur solche Schadenersatzansprüche von der Versicherung abgedeckt werden, die innerhalb des Versicherungszeitraums erhoben werden, ermöglicht das Occurrence-Prinzip eine rückwirkende Erhebung, deren Ursache mehrere Jahre zurückliegen kann“²⁶⁴.

Die deutschen Versicherer sind verpflichtet über einen Zeitraum von 30 Jahren die Bücher offen zu halten.²⁶⁵

5.4 Struktur und Grundlagen der Versichererlandschaft

Derzeit bedienen wenige relevante Versicherungsunternehmen den Markt für Krankenhaushaftpflichtversicherungen. Dazu gehören die Victoria Versicherung AG, die Zurich Versicherung AG und die Allianz Deutschland AG, die R+V Versicherung AG, die Basler Versicherungen, die Westfälische Provinzial Versicherung AG und die Versicherungskammer Bayern. Die geringe Zahl relevanter Anbieter zeigt ein elementares Problem im Haftpflichtversicherungsmarkt. Die Anzahl der Versicherer hat sich in der Vergangenheit reduziert so dass es nur einen geringen Wettbewerb gibt, der zu hohen Versicherungskosten zu Lasten der Krankenhäuser führt. Darüber hinaus gibt es Unternehmen, die sich aus dem Haftpflichtversicherungsgeschäft für Krankenhäuser zurückgezogen haben (z. B. die AXA Versicherung AG, der Gerling

²⁶¹ (Jaworski 2009) S. 3

²⁶² Vgl. (Maletzki and Stegmayer 2003) S. 60

²⁶³ Vgl. (Klocke 2006) S. 146

²⁶⁴ (Jaworski 2009) S. 4

²⁶⁵ Vgl. (Klocke 2006) S. 146

Konzern, die Münchener Winterthur Versicherungen, die seit 2002 zur AXA Group gehört, die ACE, die St. Paul, die Düsseldorfer Provinzial und die Würzburger Versicherungs-AG).

Es gibt verschiedene Gründe für den Ausstieg. Zum einen ist die hohe Schadensquote ausschlaggebend, zum anderen werden keine Verträge mehr angeboten, weil zum Zeitpunkt des Ausstiegs der geleistete Schadensersatz das Sechs- bis Siebenfache der gezahlten Versicherungsprämien ausgemacht hat (z.B. Uniklinika).^{266 267}

Im Folgenden werden die Bruttobeiträge und die Aufwendungen der Haftpflichtversicherung aus dem Jahr 2007 und die daraus resultierende Schadenquote der verschiedensten Unternehmen dargestellt (siehe Tabelle 3):

Tabelle 3: Schadensquoten der Versicherer

	Bruttobeiträge	Aufwendungen	Schadenquote
	in Mio. €	in Mio. €	
R + V- Versicherung AG ²⁶⁸	361,0	232,0	64,27%
Victoria Versicherung AG ²⁶⁹	360,0	209,0	58,06%
Zurich Versicherung AG ²⁷⁰	358,0	196,0	54,75%
Allianz Deutschland AG ²⁷¹	9.425,0	6.249,0	66,30%
Basler Versicherungen ²⁷²	534,0	347,1	65,00%
Westfälische Provinzial Versicherung AG ²⁷³	134,6	67,6	50,22%
Versicherungskammer Bayern ²⁷⁴	76,6	98,4	128,46%
AXA Versicherung AG ²⁷⁵	507,0	343,0	67,65%
HDI-Gerling ²⁷⁶	221,0	129,0	57,70%

Quelle: in Anlehnung an (Jaworski 2009) S. 20

„Die Schadenquoten bewegen sich in einem Intervall von 50,22 % bis hin zu 128,46 %. Lässt man die Versicherungskammer Bayern, die als einziges Unternehmen im Jahr 2007 mehr Aufwendungen als Beiträge verbuchte, außen vor, so ergibt sich eine mittlere Schadensquote von ca. 60,49 %. Subtrahiert man zusätzlich die beiden

²⁶⁶ Vgl. (von Schassen 1993)

²⁶⁷ Vgl. (Jaworski 2009) S. 5-6

²⁶⁸ Vgl. (R+V-Versicherung-AG 2007)

²⁶⁹ Vgl. (Victoria-Versicherung-AG 2007)

²⁷⁰ Vgl. (Zurich-Versicherung-AG 2007)

²⁷¹ Vgl. (Allianz-Deutschland-AG 2007)

²⁷² Vgl. (Basler-Versicherungen 2007)

²⁷³ Vgl. (Westfälische-Provinzial-Versicherung-AG 2007)

²⁷⁴ Vgl. (Versicherungskammer-Bayern 2007)

²⁷⁵ Vgl. (AXA-Versicherung-AG 2007)

²⁷⁶ Vgl. (HDI-Gerling 2007)

Versicherer, die sich aus dem Geschäft zurückgezogen haben, ergibt sich ein Mittelwert von ca. 59,77 %²⁷⁷.

Geringen Erträgen stehen hohe Risiken gegenüber. Die regelmäßig auftretenden Groß- bzw. Spätschäden erschweren die optimale Berechnung der Prämien und die geringe Zahl der Versicherer sorgt für geringen Wettbewerb, der zu hohen Kosten aus Sicht der Krankenhäuser führt. Die Situation kann ist zum einen durch die Einführung von Risikomanagement, zum anderen durch die Forderung nach Einführung des Claims-Made-Prinzip verbessert werden. Die Anzahl der Risiken in Krankenhäusern kann durch Risikomanagement gesenkt werden und den Markt kann für Versicherer attraktiver werden. Eine weitere Schwierigkeit ist das Occurrence-Prinzip. Könnten sich die Unternehmen schnell und ohne rückwirkende Forderungen aus einem Vertrag zurückziehen, könnte die Anzahl der Anbieter von Krankenhaushaftpflichtversicherungen wieder zunehmen.

5.5 Die Haftpflichtversicherungsprämie

5.5.1 Einflussgrößen und Besonderheiten bei der Kalkulation

Die Versicherung eines Krankenhauses bzw. die Kalkulation der Prämie gestaltet sich für den Versicherer sehr schwierig, da auf Grund des in Deutschland geltenden Occurrence-Prinzips (siehe Kapitel 5.3) in Kombination mit einer Verjährungsfrist von 30 Jahren der Versicherer gezwungen wird, hohe Rückstellungen für Schäden zu bilden. So können zwischen der eigentlichen Schadensverursachung und dem Zeitpunkt der Schadensmeldung mehrere Jahre liegen.²⁷⁸ Je größer ein Krankenhaus ist, desto leichter ist es, die zukünftige Häufigkeit der Schadensfälle vorherzusagen und daraus den Versicherungsaufwand abzuleiten.²⁷⁹ Grundsätzlich sind bei allen Haftpflicht-Versicherungsformen Personen-, Sach- und Vermögensschäden versichert. Jede Versicherung definiert den Umfang des Schutzes und ihre Prämien jedoch anders und schließt durch besondere Klauseln Risiken aus. Dennoch finden sich einige Faktoren, die in der Regel von jeder Versicherung bei der Prämienkalkulation verwendet werden:

- Größe des Krankenhauses (Betten, Fallzahlen)
- Struktur des Krankenhauses
- Klinische Abteilungen und Schwerpunktsetzung
- Schadensverläufe der letzten zehn Jahre
- Vorhandensein einer Schwachstellenanalyse und Schadensprophylaxe.²⁸⁰

²⁷⁷ (Jaworski 2009) S. 21

²⁷⁸ Vgl. (Kahla-Witzsch 2005) S. 38

²⁷⁹ Vgl. (Klocke 2006) S. 148

²⁸⁰ Vgl. (Kahla-Witzsch and Platzer 2007), S. 32

Der komplette Versicherungsschutz setzt sich aus den allgemeinen Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes, den allgemeinen Haftpflichtversicherungsbedingungen, sowie den oben genannten Faktoren zusammen.

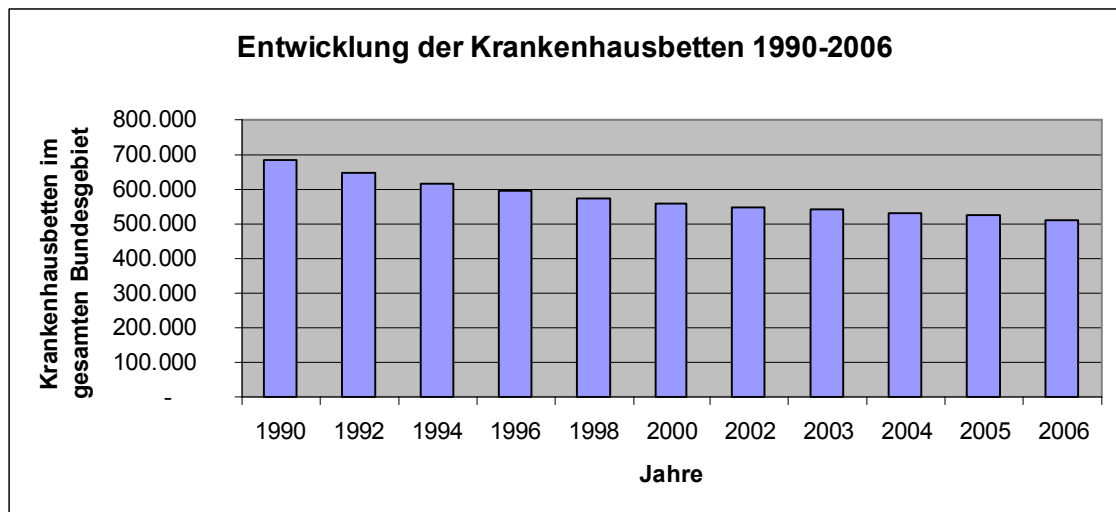
5.5.2 Arten der Prämie

5.5.2.1 Bettenprämie

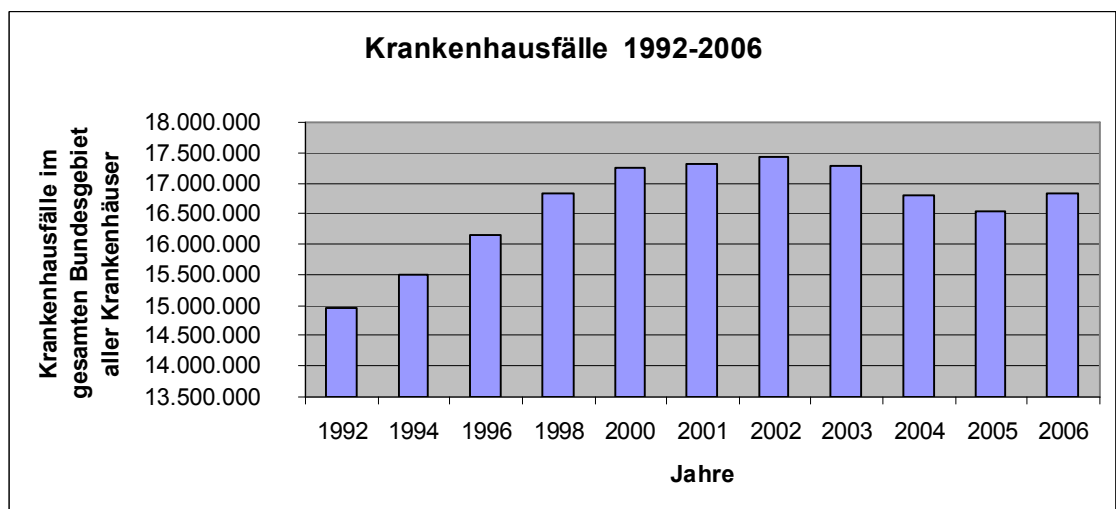
Die Bettenprämie wird primär auf Basis der Anzahl der im Krankenhaus vorhandenen Betten und dem Haftungsrisiko der verschiedenen medizinischen Fachabteilungen von der Versicherung kalkuliert.²⁸¹ Gleichzeitig werden die im vorherigen Kapitel aufgeführten Einflussgrößen bei der Festsetzung der Prämie berücksichtigt. Wie die Versicherungen diese Einflussgrößen bewerten und in eine Prämie umwandeln, ist individuell.

Während die Bettenanzahl in den neunziger Jahren noch als Indikator für den Umfang des Risikos bzw. der benötigten Haftungssumme angesehen werden konnte, ist diese Art der Prämienbildung in der heutigen Zeit für Versicherungen nur noch bedingt geeignet. Hierfür sind insbesondere zwei Entwicklungen maßgeblich. Einerseits ist seit Anfang der neunziger Jahre eine kontinuierliche Reduktion der Bettenzahl zu beobachten. Die Gründe sind unter anderem die Verweildauerverkürzung und Substitution durch den ambulanten Sektor, andererseits nahm im gleichen Zeitraum die Zahl der Behandlungsfälle zu.

²⁸¹ Vgl. (Hagen and Schlingensiepen 2007) S. 15

Abbildung 26: Entwicklung der Krankenhausbetten

Quelle: (DKG 2008) S. 19

Abbildung 27: Entwicklung der Krankenhausfälle

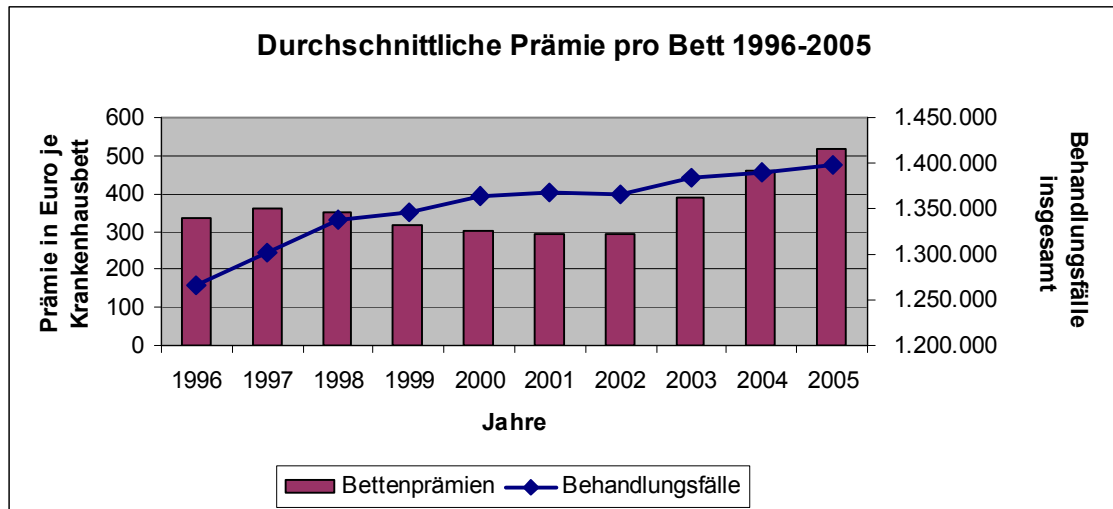
Quelle: (DKG 2008) S. 21

Als Konsequenz müssten nach dieser Art der Kalkulation die Prämien, wegen der gesunkenen Bettenanzahl, ebenfalls sinken. Die Versicherung hätte hingegen höhere Ausgaben durch die steigenden Behandlungsfälle.

Die Ecclesia-Gruppe, die in Deutschland jährlich mehr als 8.500 Heilwesen-Neuschäden bearbeitet²⁸² und über 900 Versicherungspolicen betreut, hat 141 Krankenhäuser und ihre Prämienentwicklung über mehrere Jahre verfolgt.

²⁸² Vgl. (Petry 2008) S. 93

Abbildung 28: Durchschnittliche Bettenprämie und Behandlungsfälle der Ecclesia-Studie



Quelle: (Klocke 2003) S. 486 und (Klocke 2006) S. 149

Es ist zu erkennen, dass die Versicherungsgesellschaften erst 2002/2003 auf die geänderten Rahmenbedingungen reagiert und ihre Prämien den Ausgaben, also den steigenden Behandlungsfällen entsprechend angepasst haben.²⁸³

5.5.2.2 Prämie auf der Grundlage von Behandlungsfällen auf DRG-Basis

Angepasst an die neue Situation im Gesundheitswesen und als Antwort auf die durch die Bettenprämie hervorgerufenen hohen Verluste, haben viele Versicherungen 2005 in einer Konvergenzphase ihre Prämien erst nach der Zahl der behandelten Patienten berechnet und aktuell die Kalkulation auf Basis der DRG-Fallzahlen umgestellt. Dies hat den Vorteil, dass Schäden und deren Risiko bzw. Kosten genauer zusammengeführt werden, da sie direkt den DRGs der einzelnen Fachabteilungen zugeordnet werden können.²⁸⁴ So ist es den Krankenhäusern und den Versicherungsgesellschaften möglich, exakte Statistiken über die Schadenshäufigkeiten und -verläufe, in Bezug auf die unterschiedlichen Behandlungen zu erheben. Dadurch kann eine Versicherung das Risiko des betreuenden Krankenhauses besser einschätzen und in ihrer Kalkulation adäquat berücksichtigen. Zudem gestattet diese Art der Berechnung eine dynamische Anpassung der Prämien an sich verändernde Rahmenbedingungen.²⁸⁵ Auch hier ist die reale Gewichtung der einzelnen Einflussgrößen für die spätere Kalkulation der Versicherungsprämie je nach Versicherung verschieden. Das Krankenhaus könnte jedoch durch die gewonnenen

²⁸³ Vgl. (Klocke 2006) S. 149-154

²⁸⁴ Vgl. (Klocke 2005) S. 3

²⁸⁵ Vgl. (Klocke 2006) S. 153-154

Daten im Rahmen eines geeigneten Risikomanagement-Systems gezielt seine Schadenshäufigkeiten senken und somit vermehrten Einfluss auf die zu zahlende Prämie nehmen.

5.6 Andere Wege der Versicherung

Durch den allgemeinen Anstieg der Haftpflichtprämien haben sich Krankenhäuser in den letzten Jahren verstärkt für Alternativen zu den traditionellen Versicherungswegen interessiert. Dabei liegt ein Fokus auf den Selbstversicherungslösungen wie z.B. den Captives oder den Finite-Risk Modellen oder auch auf der Senkung der Total Cost of Risk. Im Folgenden sollen die verschiedenen Ansätze näher beleuchtet werden.

5.6.1 Selbstversicherung

5.6.1.1 Captives/Rent-a-captive

Eine Captive ist eine Versicherungs- oder Rückversicherungsgesellschaft, die einem Einzelnen oder einer Gruppe von - nicht in der Versicherungswirtschaft tätigen - Unternehmen gehört. Man besitzt somit eine eigene Versicherungsfirma. Alle Beteiligten zahlen in den Fonds ein, aus dem etwaige Schadensaufwendungen gezahlt werden. In der Versicherungswirtschaft gibt es viele verschiedene Arten von Captives. So werden Single Parent Captives in der Regel nur von einer Klinik oder einem Klinikverbund gegründet und versichern auch nur die Risiken der Muttergesellschaft, während diversifizierte Captives ein breiteres Portfolio besitzen und neben der Muttergesellschaft auch Unsicherheiten von anderen Konzernen versichern. Eine Association Captive wird hingegen meist von mehreren Krankenhäusern errichtet, die später auch zusammen das Risiko tragen.²⁸⁶ Haftpflichtrisiken im Gesundheitswesen werden über diese Form der externen Selbstversicherung gedeckt, da ein Zusammenschluss einen Risikoausgleich innerhalb der Captive erleichtert.²⁸⁷

Wenn ein Unternehmen jedoch keine eigene Gesellschaft gründen möchte, ist die Versicherungsart Rent-a-captive möglich. Die Funktionen einer Captive können gegen eine Gebühr genutzt werden. Als Voraussetzung für die Aufnahme muss das Unternehmen die Sicherheit geben können, dass die Rent-a-captive nicht durch versicherungstechnische Verluste in Gefahr gerät.

Die Bildung oder Nutzung einer Captive ist für ein Krankenhaus tendenziell rentabel, wenn es ein gutes Risikoprofil mit wenigen Schäden vorweisen kann. Es kann niedrigere Prämien erreichen als bei der versicherungsmathematischen Prämienkalkulation externer Versicherer, da dort die Prämien meist auf Basis eines

²⁸⁶ Vgl. (Reif 2002) S. 298

²⁸⁷ Vgl. (Hagen and Schlingensiepen 2007) S. 14

statistischen Durchschnittsrisikos aller Krankenhäuser berechnet werden. Dies kann dazu führen, dass Versicherungen den Krankenhäusern mit einer guten Risikostruktur trotzdem die üblichen Marktpreise für eine Deckung anbieten, obwohl eine geringere Prämie angemessener wäre.²⁸⁸ Die Frankfurter Marsh GmbH, ein Versicherungsmakler und ein Risikoberatungsunternehmen, führt an, dass Captives billiger sind, wenn das Risiko gering ist. Derzeit liegt die durchschnittliche Prämie pro Bett bei über 500 Euro, Marsh dagegen hält 360 Euro pro Bett für realisierbar.²⁸⁹

Eine Captive bietet dem Krankenhaus noch weitere Vorteile. Während die Prämien bei einer klassischen Versicherung im Voraus bezahlt werden müssen, könnte das Krankenhaus diesen Betrag am Kapitalmarkt anlegen. Gleichzeitig könnte der Gewinn des Versicherers und die Gemeinkosten, die zum Teil 30-40 % einer klassischen Prämie ausmachen, vom Krankenhaus selbst einbehalten und genutzt werden. Auch die Qualität in den Einrichtungen könnte sich verbessern, da die Klinik sich nicht mehr auf ihrem Versicherungsschutz „ausruhen“ kann, sondern für Schäden selbst aufkommen muss und dadurch eventuell Bemühungen um ein besseres Qualitäts- und Risikomanagement vorantreibt.²⁹⁰

Jedoch gibt es bei dieser Form der Versicherung auch Nachteile. Der Aufbau einer Captive muss gut geplant und organisiert werden, da sich oft mehrere Vertragspartner abstimmen müssen. Dies hat zur Folge, dass sensible Daten über Schäden, sowie über die eigene finanzielle Lage mit anderen Krankenhäusern, die oft als Konkurrenten angesehen werden, geteilt werden müssen.

Dass dieses Konzept durchaus erfolgreich sein kann, zeigen Beispiele aus den USA, in denen Mitglieder einer Captive oft schon seit Jahren durch die Entwicklungen ihrer Anlagen am Kapitalmarkt, keine Beiträge mehr zu zahlen brauchen.²⁹¹

5.6.1.2 Finite Risk-Konzept

Dieses Modell zählt ebenfalls zu den Selbstversicherungen und kombiniert Versicherungs- und Finanzierungselemente miteinander. Als Charakteristika dieser Art der Versicherung bzw. Rückversicherung kann man die mehrjährige Vertragslaufzeit, die Nutzung des Kapitalmarktes und eine Gewinnbeteiligung des Versicherten, sowie einen begrenzten Risikotransfer (Finite) zählen. Dabei kann ein Finite Risk-Modell vor- oder nachfinanziert werden.

Bei den nachfinanzierten Modellen muss der Kunde, also das Krankenhaus, die anfallenden Schadenszahlungen in Raten an den Rückversicherer zurückzahlen. Hier liegt das Risiko beim Versicherer, da er den Betrag vorfinanziert.

²⁸⁸ Vgl. (o.V. 2002)

²⁸⁹ Vgl. (o.V. 2002)

²⁹⁰ Vgl. (Reif 2002), S. 299

²⁹¹ Vgl. (Gurcke and Mildenerberger 2002) S. 407

Wenn das Krankenhaus sich für ein vorfinanziertes Modell entscheidet, zahlt es monatliche oder jährliche Prämien auf ein Erfahrungskonto. Dieses Geld wird am Kapitalmarkt angelegt und für Schadenszahlungen verwendet. Das Risiko bei diesem Modell liegt im Gegensatz zum nachfinanzierten Modell beim Kunden, da er sich darauf verlassen muss, dass sein Vertragspartner im Falle eines Schadens seine Pflichten erfüllt.

Wie bei den Captives existieren viele Arten von Finite Risk-Versicherungen. So zahlt z.B. bei der Spread-Loss-Covers Variante der Versicherer eine Jahresprämie zzgl. einer Marge für Verwaltungskosten, Kapitalkosten und Gewinne an den Rückversicherer. Die Beträge fließen auf ein Jahreskonto, von dem die Schadensansprüche gedeckt werden. Am Ende der mehrjährigen Versicherungszeit wird ein positiver Saldo teilweise den Kunden zurückerstattet. Der Rückversicherer gestattet auf der einen Seite nur einen begrenzten Risikotransfer, auf der anderen Seite trägt er das Kreditrisiko, wenn das Erfahrungskonto negativ wird. Diese Variante ist speziell für Krankenhäuser geeignet, da Spread-Loss-Covers durch die Abrechnung des Saldos speziell die Bemühungen, die Schäden einzugrenzen, belohnen.

Auch bei dieser Art der Versicherung gibt es für ein Krankenhaus viele Vorteile. Durch die unterschiedlichen Risikotransfermöglichkeiten in Verbindung mit den langen Vertragslaufzeiten (meist 5-7 Jahre)²⁹² bleibt den Vertragspartnern ein größerer Spielraum bei der Preisgestaltung.²⁹³ Gleichzeitig können durch die Langfristigkeit Kapitalerträge bei der Prämienberechnung berücksichtigt werden, jedoch müssen beide Vertragspartner bei Vertragsabschluss sicher sein, dass der Partner während der Vertragslaufzeit keinen Konkurs anmelden muss und seinen Verpflichtungen nachkommen kann.²⁹⁴

5.6.2 Optimierung der Total Cost of Risk

Unter die Total Cost of Risk fallen alle Kosten, die einem Unternehmen durch Risiken entstehen können. Dazu gehören sowohl die Kosten für die einzelnen Risiken, als auch die Kosten der Prävention. Mit Hilfe eines Total Cost of Risk-Projektes können die Kosten in Bezug auf die Risiken in einem Krankenhaus gesenkt werden. Dies ermöglicht einem Krankenhaus eine Verbesserung seines Ratings und seiner Vertragsposition bei der Kalkulation der Prämien. Das Krankenhaus kann also seine Wettbewerbsfähigkeit steigern. Grundsätzlich unterteilt sich ein solches Projekt in vier Phasen.²⁹⁵

²⁹² Vgl. (Liebwein 2000) S.70

²⁹³ Vgl. (Liebwein 2000) S.69

²⁹⁴ Vgl. (Liebwein 2000) S.70

²⁹⁵ Vgl. (Gleißner and Löffner 2007) S. 41 f.

In der ersten Phase muss entschieden werden, welche Risikoarten und welche sich daraus ergebenden Kosten in die Bestimmung der Gesamtkosten einbezogen werden sollen und welche vernachlässigt werden können. Anschließend werden zu jeder Risikogruppe individuell die Kosten erfasst und mit Hilfe einer Simulation das Gesamtrisikopotential ermittelt. In die Berechnung fließen dabei laut Gleißner/Löffler „die Kosten von Risikotransfermaßnahmen, Schadenskosten, risikobezogene (Arbeits-) Prozesskosten, aber auch die kalkulatorischen Kosten für das zur Risikodeckung erforderliche Eigenkapital“²⁹⁶ mit ein. Nachdem in einer Simulation das Gesamtrisikopotential ermittelt wurde, wird der Eigenkapitalbedarf des Unternehmens für die eigenständige Risikodeckung berechnet. Die kalkulatorischen Eigenkapitalkosten setzen sich aus dem vorher errechneten Eigenkapitalbedarf des Unternehmens, multipliziert mit dem Eigenkapitalkostensatz zusammen.

In der dritten Phase des Projektes werden alternative Vorgehensweisen entworfen, um die Risikokosten im Krankenhaus zu senken. Eine mögliche Strategie könnte die Beschränkung des Versicherungsschutzes auf Großrisiken beinhalten. Kleinere Schäden bzw. Haftungsansprüche würde das Krankenhaus selbst tragen. Voraussetzung einer solchen Strategie ist eine hinreichende Liquidität des Krankenhauses. Möglich sind des Weiteren ein Wechsel der Versicherungsgesellschaft, um niedrigere Prämien zu erhalten oder eine Investitionen zur Schadensreduktion. Im letzten Schritt werden die Vorschläge an Hand der Zielsetzung des Krankenhauses einander gegenübergestellt und die für das Krankenhaus beste Alternative ausgewählt.²⁹⁷

5.6.3 Verzicht auf Versicherungsschutz

Bei dieser Alternative versichert sich das Krankenhaus nicht gegen eventuelle Haftpflichtansprüche und spart so die Prämienzahlungen an die Versicherung ein. „Für die Krankenhäuser besteht keine Verpflichtung für den Abschluss einer Betriebshaftpflichtversicherung im Sinne des § 102 Versicherungsvertragsgesetz“²⁹⁸. In der Vergangenheit waren vor allem große Institutionen, wie zum Beispiel Universitätskliniken, ohne Versicherung. Schäden wurden aus dem bestehenden Vermögen bestritten. Obwohl Berichte über erfolgreiche Krankenhäuser - die nach diesem Prinzip agieren - existieren²⁹⁹, ist diese Wahl als risikoreich einzustufen. So ist es zum Beispiel nötig, dass ein Krankenhaus über ausreichendes versicherungstechnisches Know-how verfügt, um seine Finanzen diesbezüglich zu

²⁹⁶ (Gleißner and Löffner 2007) S. 43

²⁹⁷ Vgl. (Gleißner and Löffner 2007) S. 41 ff.

²⁹⁸ (Bergmann and Wever 2004) S. 241

²⁹⁹ Vgl. (o.V. 2002)

kalkulieren und long-tail-Risiken³⁰⁰ adäquat zu berücksichtigen. Krankenhäuser können eine gute Schadensquote besitzen, auf Grund dessen bilden sie häufig keine Rückstellungen für eingetretene aber noch nicht gemeldete Schäden, wodurch es bei einem Großschaden leicht zu einer Insolvenz kommen kann.³⁰¹

Um sich auch noch in Zukunft zu adäquaten Prämien versichern zu können, wird es für Krankenhäuser immer wichtiger in einem engen Verhältnis zu ihrem Versicherer zu stehen und mit ihm gemeinsam Lösungsmöglichkeiten z.B. in Form des Risikomanagements zu erarbeiten. Dies schafft zum einen Vertrauen und Transparenz unter den Vertragspartnern, zum anderen können so Schäden langfristig vermieden werden. Neben dem Effekt des Imagegewinns, kann das Krankenhaus vermehrt Einfluss auf die Prämienberechnung nehmen. Zusätzlich empfiehlt es sich für ein Krankenhaus die Möglichkeiten alternativer Versicherungslösungen zu prüfen, um so die optimale und kostengünstigste Versicherungsmöglichkeit für das Unternehmen zu finden.

6 Beeinflussbarkeit der Versicherungsprämien durch Risikomanagement – Die empirische Analyse

6.1 Hypothesenbildung

Jede durchzuführende, wissenschaftliche Studie durchläuft mehrere Schritte. Zunächst ist die Problemdefinitionsphase relevant,³⁰² in diesem Kapitel mit Hypothesenbildung bezeichnet. Es sind die Zielgruppe, bzw. das Untersuchungsobjekt und der Untersuchungsgegenstand der Studie zu benennen. Das heißt, die Idee und die Argumentation, sowie die Leitfrage und die Hypothese sind festzulegen.

Die Zielgruppe der Studie sind deutsche Krankenhäuser und ihr Verhalten im Bereich der Anwendung und Durchführung von Risikomanagement. Besondere Aufmerksamkeit liegt dabei auf der Entwicklung der Haftpflichtversicherungsprämien in den Häusern.

Die Idee dieser Untersuchung beruht auf der Tatsache, dass der Schwerpunkt der Publikationen zu Risikomanagement im Gesundheitswesen vor allem auf Gestaltungsempfehlungen und Methodeneinsatz bei Einführung von Risikomanagement liegt. Eine ökonomische Nutzen-Analyse zum Thema Risikomanagement ist kaum vorhanden. Um diese etwaige ökonomische Nutzen-Komponente sichtbar zu machen, werden die Haftpflichtversicherungsprämien

³⁰⁰ Spätschadenrisiken

³⁰¹ Vgl. (Bergmann and Ratajczak 2005) S. 98

³⁰² Vgl. (Meffert 2000; Kahla-Witzsch 2005) S. 145

analysiert, um mögliche monetäre Einsparpotenziale durch Risikomanagement sichtbar machen zu können.

Die sich daraus ergebende Leitfrage lautet:

Beeinflusst klinisches Risikomanagement die Haftpflichtversicherungsprämie?

Daraus lassen sich zwei Teilfragen ableiten, wobei die Letztere, die für diese Studie relevante Hypothese liefert. Die Argumentation für die Entwicklung der Hypothese kann folgendermaßen zusammengefasst werden: Wenn Risikomanagement nachhaltig eingesetzt wird, reduziert sich die Fehlerhäufigkeit, dadurch kommt es zu einer Schadensreduktion, so dass die monetären Ausgleichungen der Haftpflichtversicherer sinken. In diesem Fall sollte sich dieser Rückgang auch in den, von den Versicherern veranschlagten, Prämien widerspiegeln.

Die erste Teilfrage in diesem Zusammenhang lautet somit:

Beeinflusst Risikomanagement die Schadenshöhe/-häufigkeit?

Die aus der Expertenmeinung der Literatur abgeleitete These besagt, dass umfassendes und nachhaltiges klinisches Risikomanagement die Schadenshöhe/-häufigkeit beeinflusst.^{303 304 305}

Die zweite Teilfrage und in diesem Zusammenhang die wesentlichere Frage lautet daraus schlussfolgernd:

Reduziert, bzw. beeinflusst die Durchführung von Risikomanagement die Kalkulation der Haftpflichtversicherungsprämie?^{306 307 308 309 310 311 312}

³⁰³ Vgl. (Martin 2000) S. 922

³⁰⁴ Vgl. (Petry 2007) S. 198

³⁰⁵ Vgl. (Ludwig 2008) S. 150

³⁰⁶ Vgl. (Petry 2007) S. 197-198

³⁰⁷ Vgl. (Reucher and Bondong 2003) S. 183

³⁰⁸ Vgl. (Gurcke 2005) S. 11

³⁰⁹ Vgl. (Koller and von Langsdorff 2005) S. 3

³¹⁰ Vgl. (Gaede and Gausmann 2007) S. 3

³¹¹ Vgl. (Kahla-Witzsch 2005) S. 42

³¹² Vgl. (Beneker 2004)

Die aufgestellte Hypothese lässt sich dementsprechend wie folgt definieren:

**Es erfolgt nach der Einführung von Risikomanagement
eine Reduktion der Haftpflichtversicherungsprämien.**

Der gewählte Indikator ist die Entwicklung der Haftpflichtversicherungsprämie vor und nach der Einführung von Risikomanagement, bzw. die Entwicklung der Prämie nach der Einführung von Risikomanagement, um die Auswirkungen von Risikomanagement beurteilen zu können.

6.2 Datenerhebungsmethode

Um diesen Indikator für die Überprüfung der Hypothese sichtbar machen zu können und im Folgenden analysieren zu können, ist zuerst die Festlegung der angemessenen Datenerhebungsmethode relevant.³¹³ Zur Informationsgewinnung stehen dem Anwender diverse Instrumente zur Verfügung. Zunächst ist die Unterscheidung in qualitative und quantitative Erhebungen möglich. Die qualitative Methode, als Messung von theoretischen Konstrukten, bzw. Variablen wie Zufriedenheit etc. kann keine allgemeingültigen und verlässlichen Indikatoren bieten, wobei die quantitative Erhebung, als Messung von exakten Größen, in der Regel adäquate Maßstäbe und Indikatoren ansetzen kann. Die Erhebung der Angaben zur Durchführung von Risikomanagement, insbesondere die Erhebung der Angaben zu der Entwicklung von Haftpflichtversicherungsprämien, ist im Bereich der quantitativen Studiendurchführung vorzufinden.³¹⁴ Darüber hinaus ist festzulegen mit welchem Werkzeug der entsprechende Indikator erfasst werden soll. In diesem Zusammenhang sind die Primär- und die Sekundärforschung zu unterscheiden. Letztere beinhaltet die Analyse bereits erhobenen Datenmaterials, das neu zusammengetragen und interpretiert, einen neuen Erkenntnisgewinn liefern kann. Diese Quellenforschung weist neben ihren Vorteilen im Bereich der zeitlichen Verfügbarkeit, jedoch Grenzen im Gebiet der Anwendung auf. Wie eingangs erwähnt, liegt der Schwerpunkt der Publikationen zu Risikomanagement vor allem auf Gestaltungsempfehlungen bei Einführung von Risikomanagement. Somit ist die Sekundärforschung zur Untersuchung der aktuellen Fragestellung nicht geeignet.³¹⁵ Es wird auf ein Instrument aus dem Bereich der Primärforschung zurückgegriffen. Mit Hilfe dieses Instrumentes werden neue Informationen und Daten gewonnen und analysiert. Neben der Beobachtung oder der

³¹³ Vgl. (Meffert 2000) S. 145

³¹⁴ Vgl. (Meffert 2000) S. 147

³¹⁵ Vgl. (Meffert 2000) S. 152

Durchführung eines Experimentes ist eines dieser Instrumente die Befragung. Diese wird in eine mündliche, das heißt entweder telefonische oder face-to-face-Befragung oder in eine schriftlich Befragung mittels Fragebogen unterschieden. Die wesentliche Aufgabe besteht hier vor allem in der Gestaltung des Fragebogens, so dass die Daten vollständig gewonnen werden können, die tatsächlich Gegenstand der nachfolgenden Analyse sein sollen. Die Frage nach der Validität, wird das gemessen, was gemessen werden soll, sollte bei der Auswahl der Formulierungen bereits beachtet werden. Darüber hinaus sollten die Fragen so genau wie möglich die anschließenden Daten darstellen können, damit auch die Reliabilität Eingang findet. Des Weiteren sollte auf Aktualität, Objektivität und ein angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis geachtet werden.³¹⁶ Bei der Gestaltung steht dem Anwender eine Vielzahl von möglichen Formulierungen zur Verfügung, zum Beispiel die Wahl zwischen direkten und indirekten oder offenen und geschlossenen Fragen. Der für die hier durchgeführte Studie relevante Fragebogen findet sich im Anhang G. Zunächst werden allgemeine Informationen über das Krankenhaus abgefragt. Zum einen wird nach dem Träger und dem Bundesland gefragt, zum anderen danach, ob das Haus eine gynäkologische/geburtshilfliche Abteilung hat. Nach diesen einleitenden Fragen wird der Einsatz von Risikomanagement-Instrumenten thematisiert. Es besteht sowohl die Möglichkeit zutreffende Instrumente anzukreuzen, als auch weitere Maßnahmen in einem Freitext zu beschreiben. Wenn Krankenhäuser Risikomanagement-Instrumente einsetzen, sollte angegeben werden, ob diese Maßnahmen im ganzen Haus oder nur in einzelnen Abteilungen zum Einsatz kommen und wann mit der Einführung begonnen wurde. Ebenfalls ist interessant, ob Risikomanagement als zeitlich begrenztes Projekt durchgeführt wird oder ob der Einsatz bis heute andauert. Nach diesem ersten Teil zum Thema Risikomanagement schließt sich der zweite Teil zum Thema Haftpflichtversicherung an – zunächst mit der Fragestellung, ob eine Haftpflichtversicherung vorliegt und auf welcher Grundlage sich diese berechnet. Die Teilnehmer haben die Möglichkeit zwischen der Bettenprämie, der Prämie auf der Grundlage von Behandlungsfällen oder der Prämie auf DRG-Basis zu wählen. In der letzten Frage werden dann die kumulierten Versicherungsprämien für das gesamte Haus von 1996 bis 2007, sowie die jeweilige Planbettenanzahl abgefragt.

Unumgänglich ist bei einer empirischen Erhebung die Frage nach der Befragungsmenge, das heißt, soll die Grundgesamtheit in die Befragung eingeschlossen werden oder sollte eine Stichprobe gezogen werden. Bei einer Teilerhebung ist die Festlegung des Auswahlverfahrens von elementarer Bedeutung für die gesamte Studie und die Ergebnisse. Dabei wird in eine nicht zufällige, das heißt

³¹⁶ Vgl. (Meffert 2000) S. 146

bewusste, Auswahl und in eine zufällige Auswahl unterschieden. Im Rahmen der Studie wurde zunächst im Juli 2007 an 1806 deutsche Krankenhäuser der Fragebogen per Email verschickt, mit der Bitte diesen auszufüllen und bis zum 30. September 2007 per Email, Fax oder Brief zurückzusenden. Die Angabe einer gültigen Email-Adresse im deutschen Krankenhausadressbuch 2007 begründete die Auswahl der Krankenhäuser. Insgesamt waren 2176 Krankenhäuser verzeichnet.³¹⁷ Da aus technischen Gründen davon ausgegangen werden muss, dass nicht alle Emails den Empfänger erreichten, müssen von den 1806 Krankenhäusern ca. 300 Häuser wieder abgezogen werden. Diese erste Umfrage weist einen Rücklauf von $n=69$ Krankenhäusern auf. Diese Umfrage wurde im März 2008 wiederholt, um den Stichprobenumfang zu erhöhen. Die Umfrage wurde nur im Layout angepasst, so dass es bei der Beantwortung, bzw. bei der Auswertung der zwei Studien, nicht zu Verzerrungen kommen konnte. Diese Umfrage wurde postalisch an 1000 deutsche Krankenhäuser, adressiert an den Geschäftsführer, die Geschäftsführerin, geschickt, um die Rücklaufquote zu erhöhen. Die Auswahl der 1000 Krankenhäuser ergab sich als einfache und zufällige Stichprobenauswahl aus den 2176 Krankenhäusern, die im Deutschen Krankenhausadressbuch 2007 verzeichnet sind.³¹⁸ Aus beiden Studien ergibt sich ein Rücklauf von insgesamt $n=148$ Fragebögen.

Es gilt generell, dass bereits vergleichsweise geringe Stichprobenumfänge ($n \geq 30$) repräsentativ sein können, vorausgesetzt, die Stichprobe ist auf Basis einer Zufallsstichprobe zustande gekommen.³¹⁹

6.3 Methoden der Datenanalyse – Beschreibung des vorliegenden Datenmaterials

6.3.1 Auswertung allgemeiner Informationen zur Stichprobenstruktur

6.3.1.1 Trägerstruktur in der Stichprobe

Es zeigt sich, dass der größte Teil der Stichprobe auf den freigemeinnützigen Trägern liegt, gefolgt von den öffentlichen Trägern und den privaten Trägern. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch in der Grundgesamtheit. Dort machen die freigemeinnützigen Träger ebenfalls den größten Anteil aus, gefolgt von den öffentlichen Trägern und den privaten Trägern (siehe Tabelle 4).

³¹⁷ Vgl. (DKA 2007)

³¹⁸ Vgl. (DKA 2007)

³¹⁹ Vgl. (Bahrenberg et al. 1990) S. 19

Tabelle 4: Wer ist der Träger des Hauses?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente	Häufig- keit Grund- gesamt- heit	Prozent Grund- gesamt- heit
		Stich- probe	Stich- probe				
Gültig	Öffentlicher Träger	51	34,5	34,7	34,7	751	35,2
	Privater Träger	21	14,2	14,3	49,0	570	26,6
	Freigemein- nütziger Träger	75	50,7	51,0	100,0	818	38,2
	Gesamt	147	99,3	100,0		2139	100,0
Fehlend	keine Angabe	1	0,7				
Gesamt		148	100,0				

Quelle: selbst erstellt

Zur Überprüfung der Repräsentativität bezüglich Träger und Bundesland wurde die Verteilung dieser Größen in der Stichprobe mit der Verteilung der Krankenhäuser in der gesamten Bundesrepublik mittels eines Chi-Quadrat-Tests verglichen. Der Test ergab bezüglich der Träger einen p-Wert von $p=0.0006$. Damit unterscheidet sich die Verteilung der Stichprobe signifikant von der Verteilung der Träger der Häuser der Grundgesamtheit. Die obere Grenze für Signifikanz, das Signifikanzniveau, ist individuell festzulegen und wird in diesem Fall nach den Empfehlungen des englischen Statistikers Ronald Aylmer Fisher (*1890 - *1962) bei 5% festgelegt. Eine normalverteilte Zufallsgröße nimmt mit einer Wahrscheinlichkeit von weniger als (\leq) 5% einen Wert an, der sich vom Erwartungswert, um mehr als die zweifache Standardabweichung unterscheidet. Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\leq 5\%$ spricht man von Signifikanz.

6.3.1.2 Bundeslandstruktur in der Stichprobe

Zur Überprüfung wurde die Verteilung in der Stichprobe mit der Verteilung der Krankenhäuser in der gesamten Bundesrepublik³²⁰ mittels eines Chi-Quadrat-Tests verglichen. Der Test ergab einen p-Wert von $p=0.068$. Damit unterscheidet sich die

³²⁰ Vgl. (DKG 2007) S. 30

Verteilung der Stichprobe nicht signifikant von der Verteilung der Grundgesamtheit, da der p-Wert > 5%.

Die Bundeslandstruktur der Stichprobe findet sich in Tabelle5:

Tabelle 5: In welchem Bundesland liegt das Krankenhaus?

		Häufig- keit Stich- probe	Prozent Stich- probe	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente	Häufigkeit Grund- gesamt- heit	Prozent Grund- gesamt- heit	Gültige Prozente
Gültig	Baden- Württem- berg	14	9,5	9,6	9,6	305	14,26	14,81
	Bayern	19	12,8	13,0	22,6	385	18,00	18,70
	Berlin	6	4,1	4,1	26,7	71	3,32	3,45
	Branden- burg	3	2,0	2,1	28,8	47	2,20	2,28
	Bremen	2	1,4	1,4	30,1	14	0,65	0,68
	Hamburg	2	1,4	1,4	31,5	52	2,43	2,53
	Hessen	9	6,1	6,2	37,7	175	8,18	8,50
	Nieder- sachsen	14	9,5	9,6	47,3	204	9,54	9,91
	Nordrhein- Westfalen	47	31,8	32,2	79,5	444	20,76	21,56
	Rheinland- Pfalz	8	5,4	5,5	84,9	97	4,53	4,71
	Saarland	3	2,0	2,1	87,0	26	1,22	1,26
	Sachsen	10	6,8	6,8	93,8	85	3,97	4,13
	Sachsen- Anhalt	1	0,7	0,7	94,5	50	2,34	2,43
	Schleswig- Holstein	8	5,4	5,5	100,0	104	4,86	5,05
	Gesamt	146	98,6	100,0		2059	96,26	100,0
Fehlend	keine Angabe	2	1,4			46 Thüringen 34 Mecklen- burg-Vor- pommern	3,74	
	Gesamt	148	100,0				2139	100,0

6.3.2 Beschreibung der Angaben zum Risikomanagement

6.3.2.1 Wird Risikomanagement durchgeführt?

Interessant ist bei dieser Auswertung, dass über 90% der Krankenhäuser angeben, Risikomanagement-Maßnahmen durchzuführen. Da dieser Wert relativ hoch ist, was auch an einer Positiv-Auswahl liegen kann, ist es wesentlich zu hinterfragen, welche Instrumente eingesetzt werden.

Tabelle 6: Wird Risikomanagement durchgeführt?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	136	91,9	92,5	92,5
	Nein	11	7,4	7,5	100,0
	Gesamt	147	99,3	100,0	
Fehlend	keine Angabe	1	0,7		
Gesamt		148	100,0		

Quelle: selbst erstellt

6.3.2.2 Welche Risikomanagement-Maßnahmen werden umgesetzt?

Die umfassendsten Instrumente der Risiko-Identifikation und -Bewertung, das Critical Incident Reporting System (CIRS) und die Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse (FMEA) werden von über der Hälfte der Krankenhäuser angewandt. Zum einen ist das möglicherweise auf eine Positiv-Auswahl zurückzuführen, das heißt Krankenhäuser, die diese Instrumente einsetzen, beteiligen sich eher an dieser Umfrage, zum anderen ist das eine wichtige Grundlage für die spätere Auswertung der Daten bzgl. der Prämien.

Am häufigsten wird in den Krankenhäusern aber auch das Beschwerdemanagement eingesetzt. Im Vergleich zur FMEA oder einem CIRS-System ist das Beschwerdemanagement in der Regel weniger aufwendig, aber nicht zugleich weniger effektiv. Beschwerdemanagement wird in der Praxis als Erhebung der Zufriedenheit der Patienten eingesetzt. Beschwerdemanagement sollte aber konsequent weiterentwickelt werden, um aus den Meldungen Schwachstellen und Fehler zu Identifizierung, um so Risiken und Schäden zu verringern.

Tabelle 7: Häufigkeiten von Maßnahmen (Mehrfachantworten möglich)

		Antworten		
		Häufig- keiten der Antworten	Anteil der Antworten in % *	Anteil der Fälle in % **
Maßnahmen	(anonymes)			
	Fehlermeldesystem, z.B. CIRS	59	14,1	43,7
	Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse	11	2,6	8,1
	Risikoprofil mit Maßnahmenkatalog	56	13,4	41,5
	Analyse der Komplikationsraten	56	13,4	41,5
	Beschwerdemanagement	124	29,7	91,9
	Pfad-/ Prozessmanagement	71	17,0	52,6
	Sonstiges (z.B. Qualitätsmanagement)	41	9,8	30,4
	Gesamt	418	100,0	

* Wieviel Prozent aller Antworten (418) entfallen auf dieses Instrument?

** Wieviel Prozent der KH haben angegeben, dass sie dieses Instrument durchführen? (durch die Mehrfachantworten > 100%)

Quelle: selbst erstellt

6.3.2.3 Wie umfassend wir Risikomanagement durchgeführt?

Auffällig ist, wenn Krankenhäuser Risikomanagement durchführen, dann bevorzugen sie eine umfassende Einführung im gesamten Krankenhaus und keine Einführung in nur einzelnen Abteilungen. Den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement im gesamten Krankenhaus betrachtet die nachfolgende Darstellung. (siehe Tabelle 8)

Tabelle 8: Wie umfassend wird Risikomanagement eingeführt?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	im gesamten Krankenhaus	118	79,7	87,4
	in einzelnen Abteilungen	17	11,5	12,6
	Gesamt	135	91,2	100,0
Fehlend	keine Angabe	2	1,4	
	Krankenhäuser ohne Risikomanagement	11	7,4	
	Gesamt	13	8,8	
Gesamt		148	100,0	

Quelle: selbst erstellt

6.3.2.4 Wann wurde Risikomanagement eingeführt?**Tabelle 9: Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1992	1	0,7	,9	,9
	1999	2	1,4	1,8	2,6
	2000	4	2,7	3,5	6,1
	2001	7	4,7	6,1	12,3
	2002	4	2,7	3,5	15,8
	2003	12	8,1	10,5	26,3
	2004	14	9,5	12,3	38,6
	2005	20	13,5	17,5	56,1
	2006	23	15,5	20,2	76,3
	2007	19	12,8	16,7	93,0
	2008	8	5,4	7,0	100,0
	Gesamt	114	77,0	100,0	
Fehlend	keine Angabe	10	6,8		
	Sonstige	24	16,2		
	Gesamt	34	23,0		
Gesamt		148	100,0		

Quelle: selbst erstellt

Mehr als die Hälfte der Krankenhäuser führt Risikomanagement länger als 3 Jahre durch (2005 = 56,1%). Das heißt, dass etwaige Auswirkungen auf die Prämie bereits sichtbar werden könnten. Neubauer/Ujlaky/Berger sprechen in einem Aufsatz zum Thema - Der Weg aus der Haftungsspirale - davon, dass „durchgeführte Risikomanagement-Maßnahmen positiv auf die Schadensquote (...) im Durchschnitt (...) nach 4 Jahren wirksam werden“³²¹.

6.3.2.5 Wird Risikomanagement dauerhaft durchgeführt oder handelt es sich um ein zeitlich begrenztes Projekt?

In der Stichprobe zeigt sich, dass 96,3% der Krankenhäuser Risikomanagement als dauerhaftes Projekt eingeführt haben und Risikomanagement nicht als zeitlich begrenzt betrachten. Um einen Benefit aus den Maßnahmen ziehen zu können, scheint es sinnvoll, die Instrumente dauerhaft zu implementieren.

Tabelle 10: Wird Risikomanagement dauerhaft durchgeführt?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Ja	130	87,8	96,3
	Nein (zeitlich begrenztes Projekt)	5	3,4	3,7
	Gesamt	135	91,2	100,0
Fehlend	keine Angabe	2	1,4	
	Krankenhäuser ohne Risikomanagement	11	7,4	
	Gesamt	13	8,8	
Gesamt		148	100,0	

Quelle: selbst erstellt

6.3.2.6 Wie lange wird Risikomanagement bei dauerhafter Durchführung eingesetzt?

Die Antworten auf die Frage, wie lange Krankenhäuser bereits Risikomanagement einsetzen, wenn diese es als dauerhaftes Projekt eingeführt haben, zeigt, dass die meisten Krankenhäuser 2-3 Jahre Risikomanagementinstrumente einsetzen.

³²¹ (Neubauer et al. 2004) S. 322

Rückbeziehend auf die Fragestellung dieser Arbeit, ob Risikomanagement die Haftpflichtversicherungsprämie beeinflussen kann, ist zu bedenken, wie lange der Einsatz von Risikomanagement sein muss, damit dadurch die Schadens- und Fehlerhäufigkeit gesenkt wird und die Hypothese greifen kann.

Die Aussagen von Neubauer/Ujlaky/Berger in einem Aufsatz zum Thema - Der Weg aus der Haftungsspirale – zeigen, dass „durchgeführte Risikomanagement-Maßnahmen positiv auf die Schadensquote (...) im Durchschnitt (...) nach 4 Jahren wirksam werden“³²². In der Stichprobe wenden ungefähr 40% der Krankenhäuser Risikomanagement bereits seit 4 oder mehr Jahren an.

Tabelle 11: Dauer der Durchführung von Risikomanagement im gesamten Krankenhaus in Jahren

	Jahre	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	8	5,4	6,9	6,9
	1	19	12,8	16,4	23,3
	2	23	15,5	19,8	43,1
	3	20	13,5	17,2	60,3
	4	14	9,5	12,1	72,4
	5	12	8,1	10,3	82,8
	6	4	2,7	3,4	86,2
	7	7	4,7	6,0	92,2
	8	4	2,7	3,4	95,7
	9	4	2,7	3,4	99,1
	16	1	0,7	,9	100,0
	Gesamt	116	78,4	100,0	
Fehlend	Sonstige	32	21,6		
Gesamt		148	100,0		

Quelle: selbst erstellt

³²² (Neubauer et al. 2004) S. 322

6.3.3 Beschreibung der Angaben zu Haftpflichtversicherung, Haftpflichtversicherungsprämien und Bettenentwicklung

6.3.3.1 Liegt eine Haftpflichtversicherung vor?

93,2 Prozent der Krankenhäuser der Stichprobe verfügen über eine Haftpflichtversicherung. Diese Zahl deckt sich mit der Expertenmeinung, die besagt, dass ca. 95% der deutschen Krankenhäuser haftpflichtversichert sind.³²³

Tabelle 12: Liegt eine Haftpflichtversicherung vor?

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Ja	138	93,2
	Nein	10	6,8
	Gesamt	148	100,0

Quelle: selbst erstellt

6.3.3.2 Grundlagen der Prämienberechnung

Um in Kapitel 6.4 den Einsatz von Risikomanagement und die Haftpflichtversicherungsprämien zusammenhängend betrachten zu können, wurde in der Umfrage auch die Grundlage der Prämienberechnung thematisiert. 59,2% der Krankenhäuser haben eine Berechnung in Form einer Bettenprämie, 26,9% haben eine Prämie auf der Grundlage von Behandlungsfällen und bei 13,8% berechnet sich die Prämie auf DRG-Basis (siehe Kapitel 5.5.2).

Tabelle 13: Auf Welcher Basis werden die Prämien berechnet

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Bettenprämie	77	52,0	59,2	59,2
	Prämie auf Grundlage von Behandlungsfällen	35	23,6	26,9	86,2
	Prämie auf DRG-Basis	18	12,2	13,8	100,0
	Gesamt	130	87,8	100,0	
Fehlend	keine Angabe	8	5,4		
	Krankenhäuser ohne Versicherung	10	6,8		
	Gesamt	18	12,2		
Gesamt		148	100,0		

Quelle: selbst erstellt

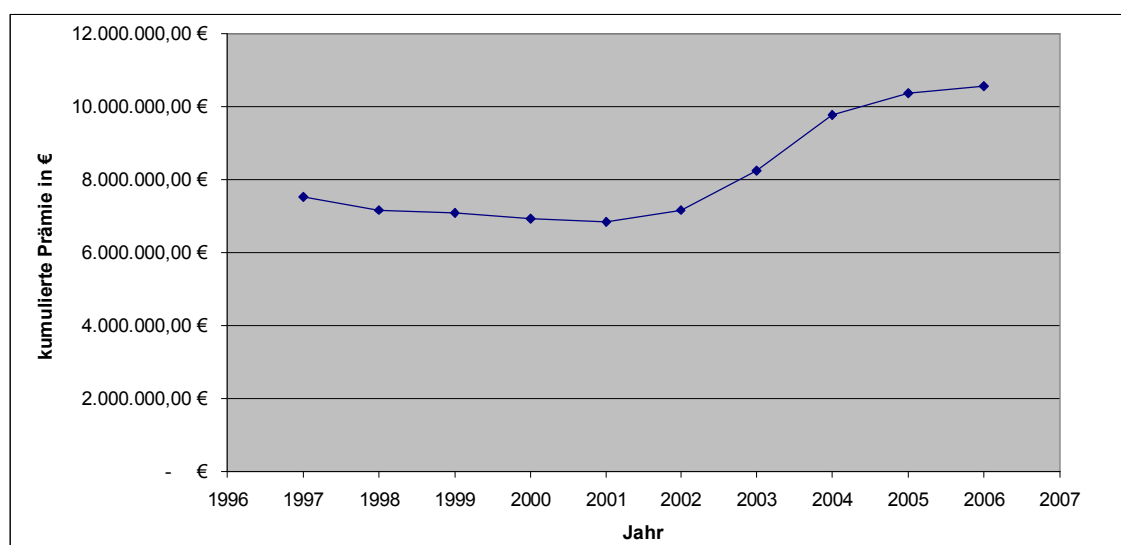
³²³ Vgl. (Klocke 2006) S. 144

6.3.3.3 Prämienentwicklung gesamt aller Krankenhäuser der Stichprobe

Im Folgenden wird die Prämienentwicklung von 1997 – 2006 der Krankenhäuser angegeben, die sowohl eine vollständige Prämienentwicklung in der Zeit von 1997 – 2006, als auch eine zugehörige, und das heißt ebenfalls vollständige, Bettenentwicklung angeben haben.

Zunächst werden die Prämien aller Krankenhäuser kumuliert dargestellt.

Abbildung 29: Entwicklung der Prämie (aller Krankenhäuser kumuliert) der Stichprobe 1997 – 2006*



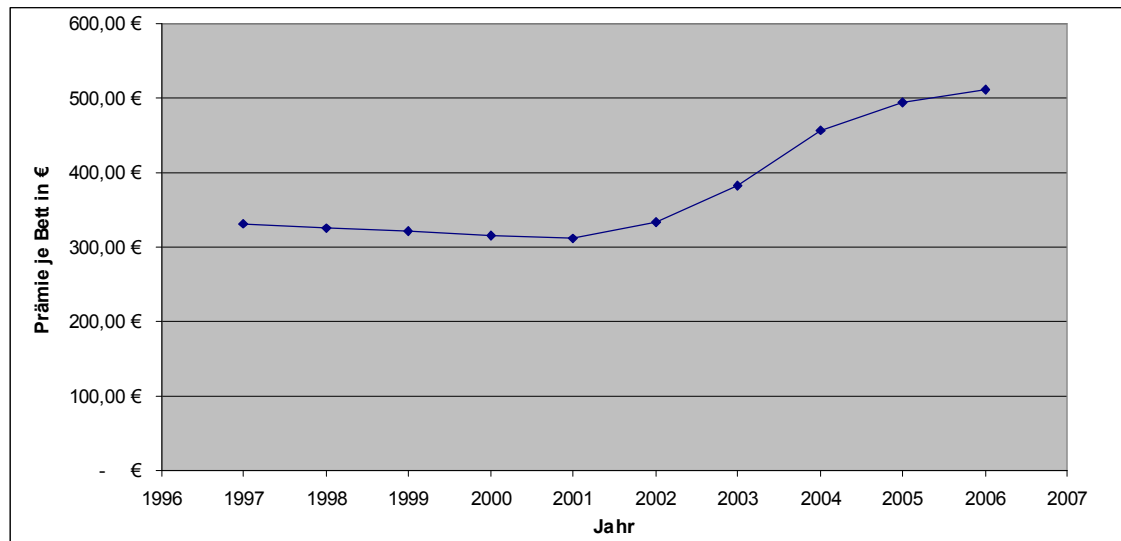
*nur Angaben von Häusern, die durchgängig von 1996-2007 Prämien und Betten angegeben haben

Quelle: selbst erstellt

Es zeigt sich, dass die kumulierten Prämien der Stichprobe über die Jahre 1997 – 2006 deutlich ansteigen.

6.3.3.4 Prämienentwicklung pro Bett aller Krankenhäuser

Nach der kumulierten Betrachtung erfolgt nun eine Betrachtung der Entwicklung der Prämie je Bett von 1997 – 2006 in diesen Krankenhäusern. (siehe Abbildung 30)

Abbildung 30: Entwicklung der Prämie je Bett 1997 – 2006*

*nur Angaben von Häusern, die durchgängig von 1996-2007 Prämien und Betten angegeben haben

Quelle: selbst erstellt

Die Prämie je Bett von 1997 – 2006 in diesen Krankenhäusern zeigt ebenfalls einen eindeutigen Anstieg.

Die Darstellung und Analyse der Prämien aufgeschlüsselt in Bettenprämie, Prämie auf der Grundlage von Behandlungsfällen und auf DRG-Basis finden sich in Kapitel 6.4.4.2.

6.3.4 Zusammenfassung Repräsentativität

In diesem Abschnitt sind die Analysen zur Überprüfung der Repräsentativität der Stichprobe bezüglich Träger, Bundesland und Bettenentwicklung zusammenfassend dokumentiert.

Die obere Grenze für Signifikanz, das Signifikanzniveau, ist individuell festzulegen und wird in diesem Fall nach den Empfehlungen des englischen Statistikers Ronald Aylmer Fisher (*1890 - *1962) bei 5% festgelegt. Eine normalverteilte Zufallsgröße nimmt mit einer Wahrscheinlichkeit von weniger als (\leq) 5% einen Wert an, der sich vom Erwartungswert, um mehr als die zweifache Standardabweichung unterscheidet. Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\leq 5\%$ spricht man von Signifikanz.

Zur Überprüfung der Repräsentativität bezüglich Träger und Bundesland wurde die Verteilung dieser Größen in der Stichprobe mit der Verteilung der Krankenhäuser in der gesamten Bundesrepublik mittels eines Chi-Quadrat-Tests verglichen.

Der Test ergab bezüglich der Träger einen p-Wert von $p=0.0006$. Damit unterscheidet sich die Verteilung der Stichprobe signifikant von der Verteilung der Träger der Häuser der Grundgesamtheit, da $p < 0,05$ (5%).

Bezüglich der Bundesländer ergab der Test einen p-Wert von $p=0.068$. Damit unterscheidet sich die Verteilung der Stichprobe nicht signifikant von der Verteilung der Grundgesamtheit, da $p > 0,05$ (5%).

Zum Vergleich der Bettenentwicklung im Beobachtungszeitraum der Stichprobe mit der Bettenentwicklung aller Häuser der Bundesrepublik wurden die Bettenzahlen zunächst standardisiert, um die sehr unterschiedlich großen Zahlen miteinander vergleichbar zu machen. Hierzu wurde die Anzahl der Betten im Jahre 1996 sowohl für die Stichprobe als auch für die Grundgesamtheit auf 100% gesetzt. Die Bettenzahlen der nachfolgenden Jahre wurden als prozentuale Anteile der Bettenanzahl von 1996 ausgedrückt. Mit diesen Werten wurde eine Kovarianzanalyse durchgeführt, in der die Steigungen der Bettenentwicklung der Stichprobe und der Grundgesamtheit miteinander verglichen wurden.

In der nachfolgenden Tabelle befinden sich die Schätzer für die Steigungen.

Tabelle 14: Ergebnisse der Kovarianzanalyse im Rahmen der Repräsentativität

Gruppe	Schätzer für die Steigung	Standardfehler des Schätzers	p-Wert*
Stichprobe	-0.813	0.066	< 0.0001
Grundgesamtheit	-1.242	0.066	< 0.0001

*Der Test überprüft, ob die Steigung signifikant von Null verschieden ist.

Quelle: selbst erstellt

Der Test zum Vergleich der Steigungen lieferte einen p-Wert von $p=0.0003$. Damit unterscheidet sich die Bettenentwicklung von Stichprobe und Grundgesamtheit signifikant, da $p < 0,05$ (5%). In der Stichprobe verringern sich die Bettenzahlen im Beobachtungszeitraum weniger stark als in der Grundgesamtheit.

In der Stichprobe verringern sich die Bettenzahlen im Beobachtungszeitraum zwar weniger stark als in der Grundgesamtheit, in beiden Verläufen ist jedoch ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen.

6.4 Methoden der Datenanalyse – Analyse des vorliegenden Datenmaterials

In diesem Teil sind die Analyseergebnisse der Befragungsdaten der Krankenhäuser zur Entwicklung von Prämien der Haftpflichtversicherung nach der Einführung von Risikomanagement dokumentiert.

Hierzu standen Angaben der 148 Krankenhäuser zur Verfügung. Erfasst wurden die Haftpflichtprämien der Jahre 1996 bis 2007. In einem Krankenhaus wurde bereits im Jahr 1992 ein Risikomanagement eingeführt. In acht Krankenhäusern wurde erst im

Jahr 2008 ein Risikomanagement eingeführt. Die Daten dieser Häuser gingen in die nachfolgend beschriebenen Analysen nicht ein.

Da am 01.01.07 die Versicherungssteuer von 16 % auf 19 % angehoben wurde und die Prämien in der Regel als Bruttobeträge vorlagen, wurden zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit die Prämien des Jahres 2007 um 3% Versicherungssteuer vermindert. Zur Deskription der metrischen Variablen werden folgende Größen verwendet (Bezeichnung in den Tabellen): Anzahl (N), Mittelwert (Mittel), Standardabweichung (SDA), Extrema (Min und Max), Quartile (25. und 75. Perzentil) und Median.

6.4.1 Entwicklung der Haftpflichtversicherungsprämien

In diesem Kapitel wird die Verteilung der relativen Veränderungen der Versicherungsprämien im Vergleich zum Einführungsjahr des Risikomanagements beschrieben.

Hierzu wurden die Prämien zunächst für die Anzahl der Betten des jeweiligen Jahres standardisiert, indem die Prämie durch die Bettenanzahl geteilt wurde. Dann wurden die Prämien als prozentuale Anteile der Prämie des Einführungsjahres berechnet. Die so berechneten relativen Prämien sind Datenbasis aller nachfolgenden Analysen. Aufgrund von fehlenden Werten konnten die Prämien nur von 65 Krankenhäusern bestimmt werden.

In der nachfolgenden Tabelle 15 sind die deskriptiven Kenngrößen der relativen Prämien gelistet.

Tabelle 15: Deskription der Prämien [% von Prämie des Einführungsjahres]

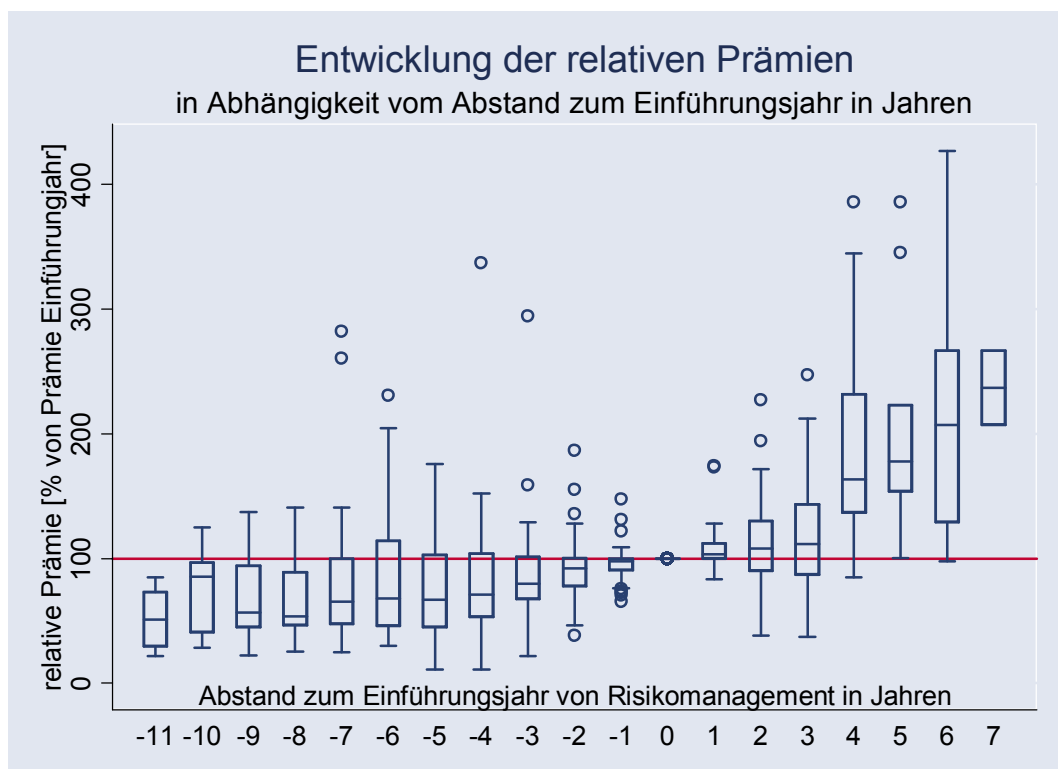
Zeitpunkt	N	Mittel	SDA	Min	25 %- Perz.	Median	75 %- Perz.	Max
11 Jahre vor Einführung	7	51.4	23.1	21.9	29.7	51.0	73.2	85.1
10 Jahre vor Einführung	13	72.1	33.7	28.2	41.0	85.4	96.8	124.9
9 Jahre vor Einführung	17	68.3	32.2	22.6	45.0	56.5	94.3	137.4
8 Jahre vor Einführung	23	71.7	33.7	25.5	46.2	53.7	89.1	141.0
7 Jahre vor Einführung	28	85.0	60.7	25.1	47.4	65.6	99.6	282.3
6 Jahre vor Einführung	33	83.5	49.3	30.0	45.8	68.2	114.2	230.5
5 Jahre vor Einführung	40	76.0	39.3	10.9	45.1	66.8	102.9	175.8
4 Jahre vor Einführung	46	82.4	49.6	10.9	53.2	71.0	103.9	336.9
3 Jahre vor Einführung	52	85.6	38.9	22.0	67.6	79.6	101.2	294.5
2 Jahre vor Einführung	57	92.7	23.3	38.2	78.0	91.9	100.4	186.6
1 Jahr vor Einführung	59	95.3	13.2	65.6	90.5	97.6	100.0	147.3
1 Jahr nach Einführung	53	107.4	16.8	83.6	100.0	103.3	112.1	174.3
2 Jahre nach Einführung	35	113.9	35.0	38.0	90.0	107.9	130.0	227.4
3 Jahre nach Einführung	21	123.8	50.9	37.1	86.9	111.5	143.4	247.1
4 Jahre nach Einführung	14	190.1	87.8	85.0	136.6	163.4	231.7	385.8
5 Jahre nach Einführung	9	212.1	93.8	100.3	154.0	177.7	223.0	385.8
6 Jahre nach Einführung	6	222.4	117.1	97.8	129.0	207.0	266.7	427.0
7 Jahre nach Einführung	2	237.0	42.0	207.3	207.3	237.0	266.8	266.8

Quelle: selbst erstellt

Insbesondere ist der Vergleich der beiden Lokationsgrößen Mittel und dem robusten Median interessant. Weichen beide Werte stark voneinander ab, ist von Ausreißern innerhalb der Stichprobe auszugehen. Diese zeigen sich auch in den Maxima in der letzten Spalte. Beispielsweise liegt der Unterschied zwischen Mittel und Median 7 Jahre vor Einführung bei ungefähr 20.0. Diese Abweichung zeigt sich auch in dem sehr hohen Maximum von 282.3.

Die Standardabweichung gibt das Streumaß zum Mittel wieder und der Abstand zwischen Minimum und Maximum die Streuung der Stichprobe. Diese Streuung wird in der folgenden Abbildung, dem Boxplot, graphisch dargestellt. Der blaue Kasten wird jeweils von den Quartilen (25. und 75. Perzentil) gebildet. Der dazwischen liegende angezeigte Wert (Querstrich) zeichnet den Median ab. Darüber hinaus werden das Minimum und das Maximum zu jedem Jahr dargestellt und die extremen Ausreißer (blauen Punkte), die bei 1,5-facher Versetzung des blauen Kastens nach oben oder nach unten nicht in diesen hineinfallen würden. Bei 0 Jahren wurden in der Analyse 100% gesetzt.

Abbildung 31: Boxplots der relativen Prämien in Abhängigkeit vom Zeitabstand zum Einführungsjahr



Quelle: selbst erstellt

Die Prämien scheinen bis zur Einführung des Risikomanagements nur flach anzusteigen. Der Anstieg nach Einführung des Risikomanagements erscheint deutlich steiler. Dieser Abschnitt wird im folgenden Kapitel detaillierter betrachtet.

6.4.2 Entwicklung der Prämien nach Einführung des Risikomanagements

In diesem Abschnitt wird die Verteilung der relativen Veränderungen der Versicherungsprämien im Vergleich zum Einführungsjahr des Risikomanagements nach dem Einführungsjahr beschrieben. Es besteht die Vermutung, dass der Anstieg der Prämien mit größer werdendem Abstand zum Einführungsjahr abflacht.

In die Analyse gingen nur die Krankenhäuser ein, für die mindestens eine Prämie nach dem Einführungsjahr vorlag. Dies waren 53 Häuser.

In der nachfolgenden Tabelle sind die deskriptiven Kenngrößen der relativen Prämien dieses Kollektivs nach Einführung gelistet. Die Größen entsprechen den Werten in der Tabelle des vorangegangenen Kapitels und werden hier zur Vervollständigung dieses Abschnitts erneut präsentiert.

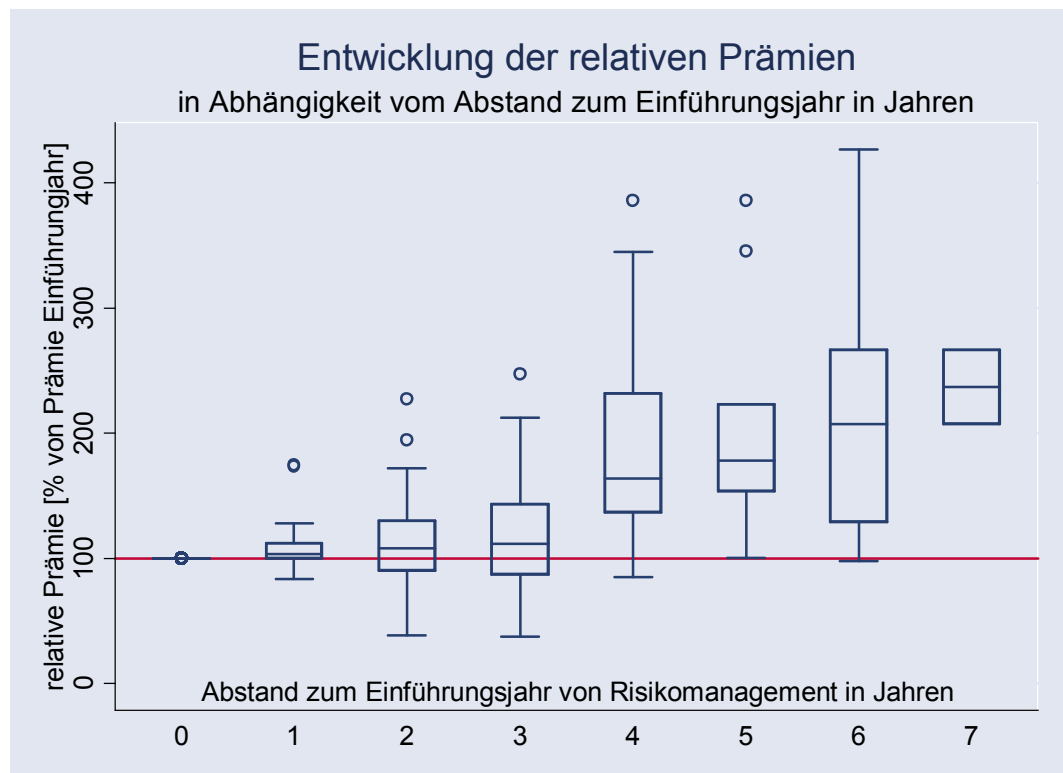
Tabelle 16: Deskription der Prämien [% von Prämie des Einführungsjahres] nach Einführungsjahr

Zeitpunkt	N	Mittel	SDA	Min	25 %- Perz.	Median	75 %- Perz.	Max
1 Jahr nach Einführung	53	107.4	16.8	83.6	100.0	103.3	112.1	174.3
2 Jahre nach Einführung	35	113.9	35.0	38.0	90.0	107.9	130.0	227.4
3 Jahre nach Einführung	21	123.8	50.9	37.1	86.9	111.5	143.4	247.1
4 Jahre nach Einführung	14	190.1	87.8	85.0	136.6	163.4	231.7	385.8
5 Jahre nach Einführung	9	212.1	93.8	100.3	154.0	177.7	223.0	385.8
6 Jahre nach Einführung	6	222.4	117.1	97.8	129.0	207.0	266.7	427.0
7 Jahre nach Einführung	2	237.0	42.0	207.3	207.3	237.0	266.8	266.8

Quelle: selbst erstellt

Die nachfolgende Graphik ist ein Ausschnitt aus der Graphik des vorangegangenen Kapitels und wird hier zur Vervollständigung dieses Abschnitts auch erneut präsentiert.

Abbildung 32 Boxplots der relativen Prämien in Abhängigkeit vom Zeitabstand zum Einführungsjahr nach der Einführung von Risikomanagement

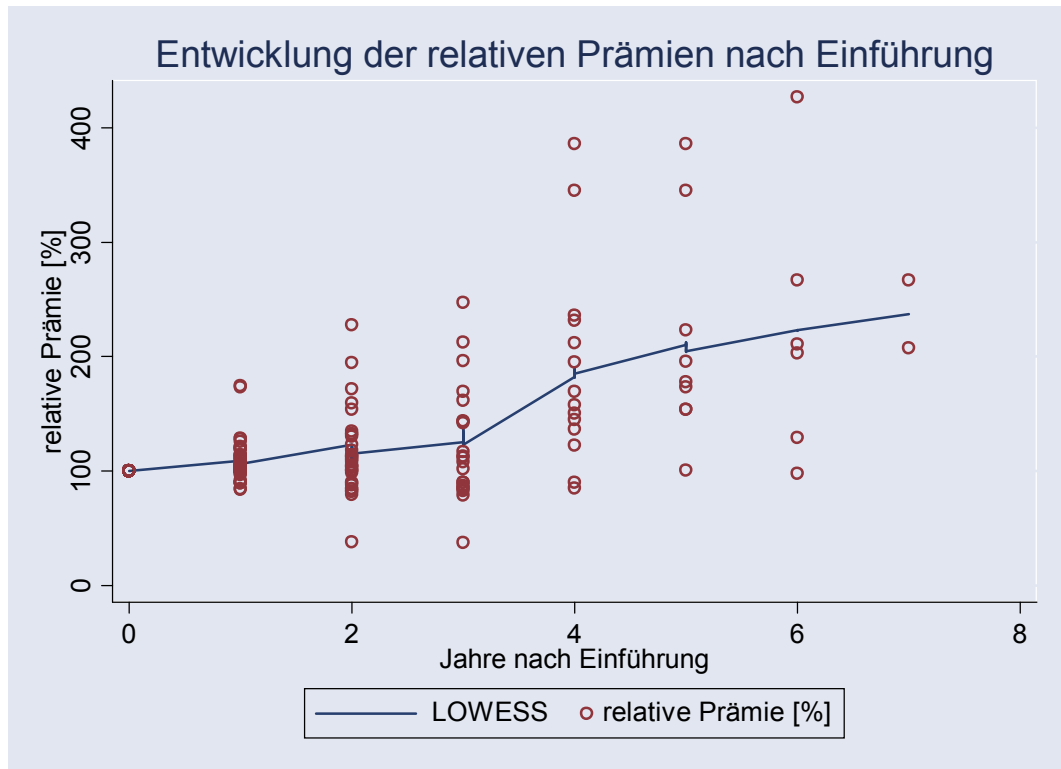


Quelle: selbst erstellt

Ein Abflachen des Prämienanstieges ist nicht zu erkennen. Im Gegenteil, vier Jahre nach Einführung des Risikomanagements scheinen die Prämien anzusteigen.

Für eine genauere Analyse wurde nachfolgendes Streudiagramm der Daten erstellt: Dargestellt sind die Originaldaten (Marker) sowie eine LOWESS-Funktion. LOWESS steht für Locally Weighted Scatterplot Smoother. Die Funktion ist ein gleitender Durchschnitt, in den (in diesem Fall) 15% der, den jeweiligen Datenpunkt umgebenden, Punkte eingehen. Sind zu wenig umgebende Punkte in dem jeweiligen Jahr vorhanden, werden Daten aus dem Vorjahr in die Berechnung eingeschlossen. Wählt man einen Wert größer als 15%, wird die Funktion zu glatt und ähnelt einer Regression. Wählt man diesen Wert kleiner, wird die Funktion zu kleinschrittig und damit zu ‚zackig‘, um Ergebnisse ablesen zu können. Die LOWESS-Funktion kann als nicht-parametrische Schätzfunktion für die zeitliche Entwicklung der Prämien interpretiert werden. Da keine Punktwolke vorliegt, sondern sehr diskrete Daten, bildet sich die LOWESS-Funktion ungefähr im Mittelwert pro Zeitpunkt ab.

Abbildung 33: Entwicklung der relativen Prämien nach Einführung mit LOWESS-Funktion



Quelle: selbst erstellt

Die LOWESS-Funktion zeigt über den betrachteten Zeitraum keine einheitliche Steigung. Bis zu drei Jahre nach Einführung steigt sie nur sehr flach an, von drei auf vier Jahre ist der Anstieg relativ steil, danach fällt er wieder ab. Insgesamt wird der Eindruck bestätigt, den auch schon die Boxplots vermittelt haben: Die These „der Anstieg der Prämien flacht mit größer werdendem Abstand zum Einführungsjahr ab“ kann nicht bestätigt werden.

6.4.3 Vergleich der Entwicklung der Prämien pro Krankenhaus

Für 31 Häuser lagen die Angaben von mindestens zwei Prämien vor und zwei Prämien nach der Einführung des Risikomanagements vor. In diesem Abschnitt ist die Analyse der Veränderung der Prämien pro Krankenhaus dokumentiert. In der nachfolgenden Tabelle sind die Ergebnisse der linearen Regressionsanalysen pro Krankenhaus für den Zeitraum vor und nach Einführung gelistet. Die Prämie des Jahres der Einführung ging sowohl in die Regression vor Einführung als auch in die Regression nach Einführung ein. Die Idee ist, dass vor der Einführung mehr Anstieg zu verzeichnen ist als nach der Einführung von Risikomanagement. Man muss somit den Schätzer für die Steigung vor und nach Einführung vergleichen. Aus diesem Grund wurde die Differenz dieser Werte gebildet.

Tabelle 17: Ergebnisse der Regressionsanalyse – geschätzte Steigungen pro Krankenhaus

Kranken- haus-ID	vor Einführung				nach Einführung				Diff.**
	N	Schät- zer	Standard- fehler	p-Wert*	N	Schät- zer	Standard- fehler	p-Wert*	
3	6	5.52	2.12	0.060	3	0.28	1.76	0.898	5.24
10	3	-6.54	1.03	0.099	7	0.38	1.33	0.788	-6.92
16	3	14.86	8.58	0.333	8	39.15	15.87	0.049	-24.30
18	5	11.39	1.49	0.005	3	2.50	1.21	0.287	8.89
28	10	6.03	1.73	0.008	3	9.05	1.74	0.121	-3.03
34	4	13.26	1.26	0.009	3	-0.88	0.51	0.333	14.14
39	3	6.82	1.31	0.121	3	1.35	2.61	0.697	5.47
45	5	1.59	2.92	0.625	8	18.92	3.60	0.002	-17.33
47	8	4.84	1.15	0.006	3	1.85	9.44	0.877	2.99
48	6	7.12	1.80	0.017	7	19.41	2.29	< 0.0005	-12.29
53	9	-4.25	2.74	0.165	4	-5.97	2.37	0.128	1.72
55	10	3.52	1.55	0.053	3	4.83	1.52	0.194	-1.31
56	6	6.29	0.42	< 0.0005	7	54.92	4.46	< 0.0005	-48.64
60	10	5.22	2.07	0.036	3	-10.44	18.34	0.671	15.66
61	10	5.68	2.17	0.031	3	14.98	9.02	0.345	-9.31
64	4	3.75	1.75	0.165	4	0.57	0.17	0.079	3.18
65	9	3.40	1.41	0.047	3	35.81	22.21	0.353	-32.42
66	6	-15.58	2.31	0.003	7	6.60	2.74	0.061	-22.19
105	7	5.67	1.32	0.008	3	6.17	0.08	0.008	-0.50
108	8	1.79	1.16	0.173	4	4.34	1.15	0.064	-2.55
110	7	2.59	2.60	0.365	6	21.27	4.12	0.007	-18.67
111	3	26.68	0.10	0.002	3	-8.92	3.92	0.264	35.60
113	8	-21.11	7.51	0.031	5	-5.00	3.79	0.279	-16.11
114	8	-22.61	5.79	0.008	5	31.10	6.08	0.014	-53.70
116	6	14.17	3.18	0.011	4	-5.77	1.36	0.051	19.94
117	6	21.12	4.60	0.010	4	-24.07	6.73	0.070	45.20
121	7	-10.86	2.65	0.009	6	10.79	2.46	0.012	-21.65
125	9	-7.17	2.81	0.038	3	7.05	3.78	0.313	-14.22
132	8	3.88	2.49	0.171	3	1.92	1.11	0.334	1.96
136	3	17.71	0.24	0.009	5	7.44	4.93	0.228	10.27
146	7	15.56	3.52	0.007	4	-8.43	2.86	0.099	23.99

* p-Wert des t-Tests, der testet, ob die Steigung signifikant von Null verschieden ist

** Differenz der Schätzer der Steigung „vor Einführung“ minus „nach Einführung“

Quelle: selbst erstellt

Die Differenz der Schätzer vor und nach Einführung von Risikomanagement sollte im besten Fall positiv sein, da der Schätzer der Steigungen vor Einführung somit größer wäre, als der Schätzer nach Einführung von Risikomanagement, um die Hypothese bestätigen zu können. Es kann aber keine einheitliche Entwicklung beobachtet werden. Die Steigungen der Prämien sind nach der Einführung zum Teil größer und zum Teil kleiner als vor der Einführung.

Zusätzlich zu den Schätzern wurden die Standardfehler als normale Varianzschätzer für die Streuung angegeben. Ebenso wird der p-Wert aufgeführt, der darstellt, ob die Steigung signifikant verschieden von 0 ist, also ob eine wirkliche Steigung vorliegt. Die fett gedruckten p-Werte sind $\leq 0,05$ und zeigen daher eine signifikante Steigung an. Es liegt in diesem Jahr keine sogenannte Punktwolke vor.

In der nachfolgenden Tabelle sind die deskriptiven Kenngrößen der Steigungen gelistet.

Tabelle 18: Deskription der Steigungen vor und nach Einführungsjahr sowie ihrer Differenz

Variable	N	Mittel	SDA	Min	25 %- Perz.	Median	75 %- Perz.	Max
Steigung vor Einführung	31	3.88	11.24	-22.61	1.59	5.22	11.39	26.68
Steigung nach Einführung	31	7.46	16.19	-24.07	-0.88	4.34	14.98	54.92
Differenz vor – nach Einführung	31	-3.58	21.50	-53.70	-17.33	-1.31	8.89	45.20

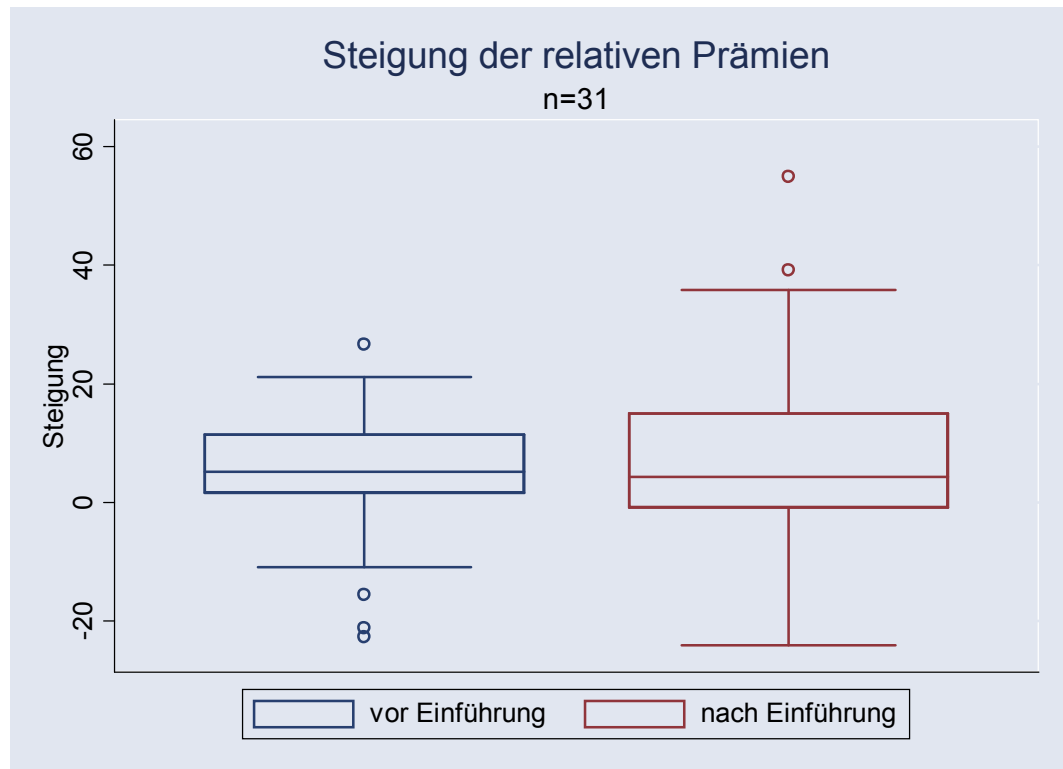
Quelle: selbst erstellt

Interessant ist die Differenz der Mittel. Um die Hypothese, dass nach der Einführung von Risikomanagement die Prämien sinken oder weniger stark ansteigen, bestätigen zu können, würde man eine positive Differenz vermuten, da ein weniger starker Anstieg nach der Einführung angenommen wird. Es zeigt sich jedoch eine größere Steigung nach Einführung von Risikomanagement, so dass ein negativer Wert (- 3.58) berechnet wird. Ebenso ist die Spannweite, bzw. die Streuung sehr groß, so dass sich kein einheitliches Bild zeigt.

Mit dem Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test wurde überprüft, ob sich die Steigungen vor und nach Einführung signifikant von 0 unterscheiden. Der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test ist ein statistischer Test, der an Hand zweier Stichproben die Gleichheit der zentralen Tendenzen der zugrundeliegenden verbundenen Grundgesamtheiten prüft.

Im Anwendungsbereich ergänzt er den Vorzeichentest, da er nicht nur die Richtung (das Vorzeichen) der Differenzen, sondern auch die Höhe der Differenzen zwischen zwei gepaarten Stichproben berücksichtigt. Dies war nicht der Fall ($p=0.397 \geq 0,05$).

Abbildung 34: Boxplots der Steigungen der relativen Prämien der Häuser die mindestens zwei Prämien vor und zwei Prämien nach der Einführung des Risikomanagements angegeben haben



Quelle: selbst erstellt

Die Boxplot-Darstellung gibt wieder die Spannweite mit Hilfe des Medians, der Quartile und der Extrema an. Die blaue Box, also die Werte vor Einführung von Risikomanagement, liegt in der roten Box, so dass kein Unterschied festzustellen ist.

Um mögliche Zeiteffekte zu eliminieren, wurde das Kollektiv zur Analyse weiter eingeschränkt. Von den 31 Krankenhäusern haben 13 (41.9 %) im Jahre 2005 ein Risikomanagement eingeführt. Die anderen Jahre wurden weniger häufig genannt. In der nachfolgenden Tabelle sind die deskriptiven Kenngrößen der Steigungen dieser 13 Häuser gelistet.

Tabelle 19: Deskription der Steigungen vor und nach Einführungsjahr sowie ihrer Differenz

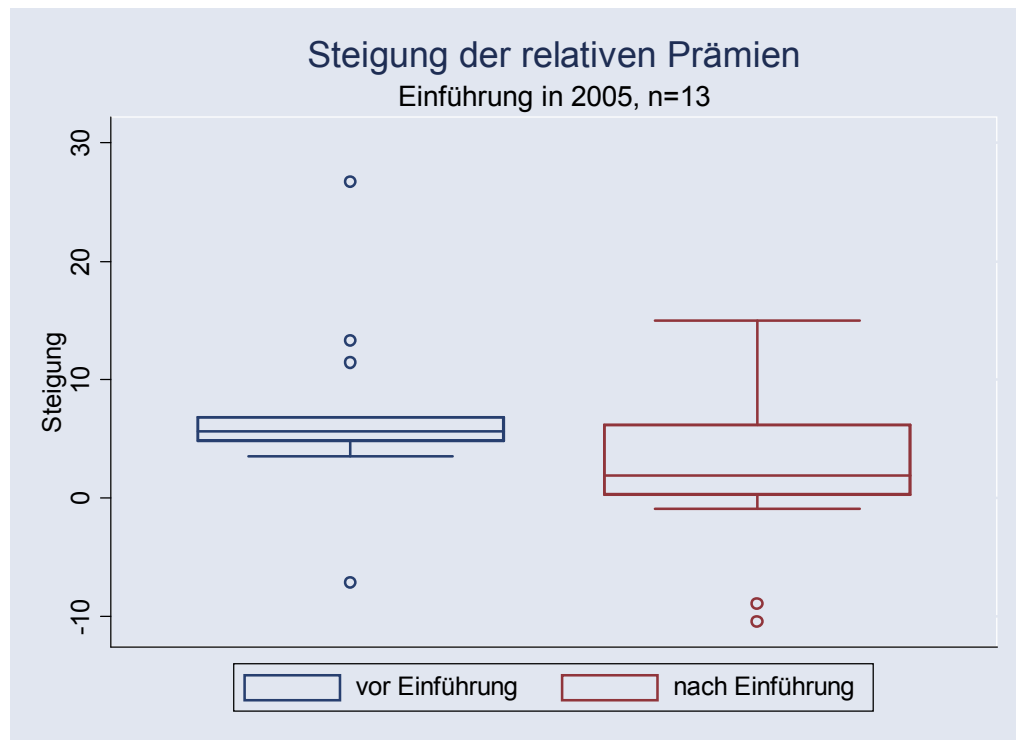
Variable	N	Mittel	SDA	Min	25 %- Perz.	Median	75 %- Perz.	Max
Steigung vor Einführung	13	7.03	7.55	-7.17	4.84	5.67	6.82	26.68
Steigung nach Einführung	13	2.29	6.79	-10.44	0.28	1.92	6.17	14.98
Differenz vor – nach Einführung	13	+4.74	12.48	-14.22	-1.31	2.99	8.89	35.60

Quelle: selbst erstellt

Mit dem Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test wurde überprüft, ob sich die Steigungen vor und nach Einführung signifikant unterscheiden. Dies war nicht der Fall ($p=0.244 \geq 0,05$).

Tendenziell scheint die Steigung nach Einführung kleiner zu sein, die Differenz ist positiv (+ 4.74). Das unterstützt die These. Auf diese Entwicklung deutet auch der nachfolgende Graph hin. Die blaue Box steht über der roten Box und geht somit nicht vollständig in die rote Box ein.

Abbildung 35: Boxplots der Steigungen der relativen Prämien der Häuser die Risikomanagement 2005 eingeführt haben



Quelle: selbst erstellt

6.4.4 Differenzierte Betrachtung der Entwicklung nach Einführung von Risikomanagement

6.4.4.1 Entwicklung nach Einführung des Risikomanagements getrennt nach Träger

In diesem Abschnitt wird die Verteilung der relativen Veränderungen der Versicherungsprämien im Vergleich zum Einführungsjahr des Risikomanagements nach dem Einführungsjahr getrennt nach Träger beschrieben. In die Analyse gingen nur die Krankenhäuser ein, für die mindestens eine Prämie nach dem Einführungsjahr vorlag. Dies waren 53 Häuser. In der nachfolgenden Tabelle sind die deskriptiven Kenngrößen der relativen Prämien dieses Kollektivs nach Einführung von Risikomanagement getrennt für die Träger gelistet.

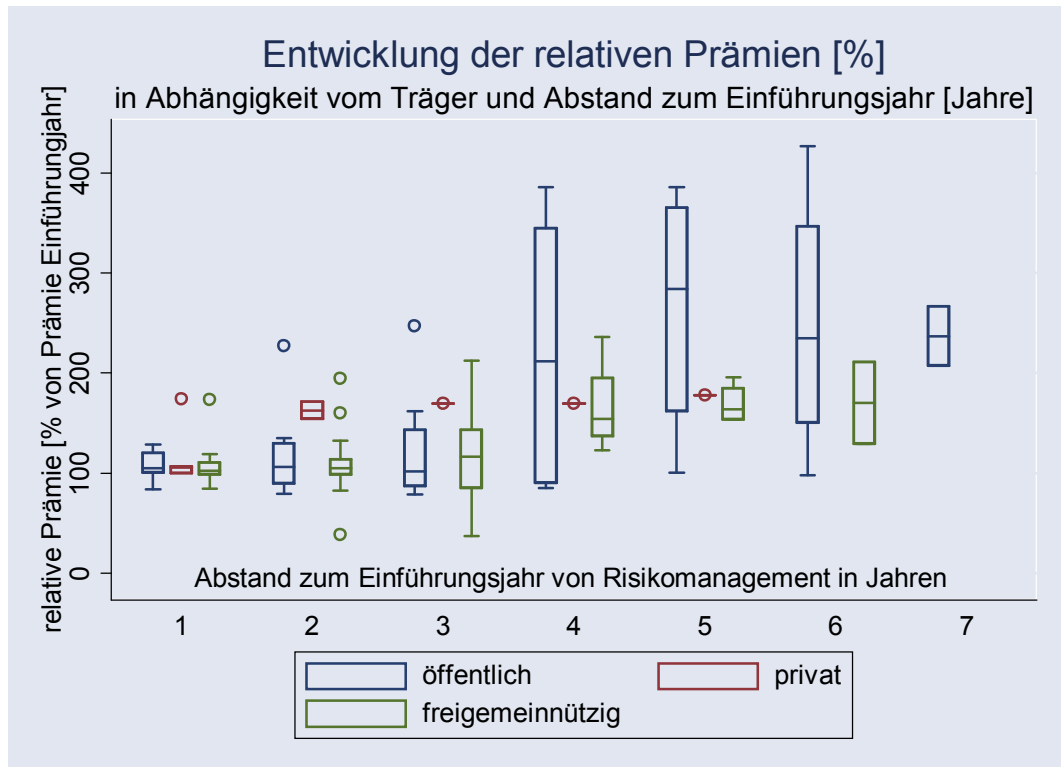
Tabelle 20: Deskription der Prämien [% von Prämie des Einführungsjahres] nach Einführungsjahr – getrennt für die Träger

Jahre nach Ein- führung	Träger	N	Mittel	SDA	Min	25 %- Perz.	Median	75 %- Perz.	Max
1	öffentlich	20	108.3	12.5	83.6	100.1	104.9	120.2	128.3
	privat	5	117.4	32.0	100.0	100.0	105.6	107.0	174.3
	freigemeinnützig	28	105.1	16.0	84.3	98.3	102.4	110.8	173.1
2	öffentlich	14	114.0	37.8	79.1	89.5	106.1	130.0	227.4
	privat	2	162.7	12.6	153.9	153.9	162.7	171.6	171.6
	freigemeinnützig	19	108.7	31.4	38.0	98.2	105.0	114.1	194.5
3	öffentlich	11	118.9	49.8	78.6	86.9	101.9	143.4	247.1
	privat	1	169.2						
	freigemeinnützig	9	124.8	55.7	37.1	85.3	116.5	143.2	212.5
4	öffentlich	7	213.5	118.2	85.0	90.0	212.0	345.0	385.8
	privat	1	169.2						
	freigemeinnützig	6	166.3	42.0	122.5	136.6	153.9	195.3	235.8
5	öffentlich	4	263.6	129.0	100.3	161.7	284.2	365.6	385.8
	privat	1	177.7						
	freigemeinnützig	4	169.2	20.0	153.6	153.8	163.6	184.5	195.8
6	öffentlich	4	248.6	137.8	97.8	150.4	234.9	346.8	427.0
	privat								
	freigemeinnützig	2	170.0	58.0	129.0	129.0	170.0	211.0	211.0
7	öffentlich	2	237.0	42.0	207.3	207.3	237.0	266.8	266.8
	privat								
	freigemeinnützig								

Quelle: selbst erstellt

Insbesondere ist der Vergleich der beiden Lokationsgrößen Mittel und dem robusten Median interessant. Die Differenzen zwischen Mittel und Median sind nicht so stark wie in Tabelle 15.

Abbildung 36: Boxplots der relativen Prämien in Abhängigkeit vom Träger und Zeitabstand zum Einführungsjahr



Quelle: selbst erstellt

Die nachfolgende Tabelle 21 zeigt die Ergebnisse der Regressionsanalyse des Jahres nach Einführung des Risikomanagements und der relativen Prämien für die Daten der öffentlichen und freigemeinnützigen Träger. Für die Analyse der Daten der privaten Träger liegen hierzu nicht ausreichend Daten vor.

Es wurde ein robustes Verfahren gewählt, bei dem anstelle des üblichen Varianzschätzers, den man normalerweise bei einer Regression nutzt, der Huber/White/Sandwich-Schätzer³²⁴ verwendet wird, da die Werte eines Krankenhauses in mehrere Jahre einfließen und somit Messwiederholungen auftreten. Der Varianzschätzer berücksichtigt diese Wiederholungen nicht.

³²⁴ Vgl. (White 1980) S. 817-830

Tabelle 21: Ergebnisse der Regressionsanalyse für die Daten der Häuser getrennt nach Träger

Träger	Schätzer der Steigung	Standardfehler des Schätzers	p-Wert*	95% Konfidenzintervall
öffentlich	25.05	7.87	0.005	[8.58; 41.53]
freigemeinnützig	12.94	2.89	< 0.0001	[7.00; 18.88]

*Der Test überprüft, ob der Parameter signifikant von Null verschieden ist.

Quelle: selbst erstellt

Wie auch schon der Boxplot (siehe Abbildung 36) zeigt, ist die Steigung der Prämien der Häuser mit öffentlichem Träger größer als die der Prämien der Häuser mit freigemeinnützigem Träger. Darüber hinaus sind die Standardfehler gering. Der p-Wert zeigt eine signifikante Steigung. Allerdings sind die Konfidenzintervalle recht breit und überlappen sehr stark, so dass der Unterschied zwischen den Schätzern nicht zu hoch bewertet werden kann.

6.4.4.2 Entwicklung nach Einführung des Risikomanagements getrennt nach Prämienbasis

In diesem Abschnitt wird die Verteilung der relativen Veränderungen der Versicherungsprämien im Vergleich zum Einführungsjahr des Risikomanagements nach dem Einführungsjahr - getrennt nach Prämienbasis - beschrieben. In die Analyse gingen nur die Krankenhäuser ein, für die mindestens eine Prämie nach dem Einführungsjahr vorlag. Dies waren 53 Häuser.

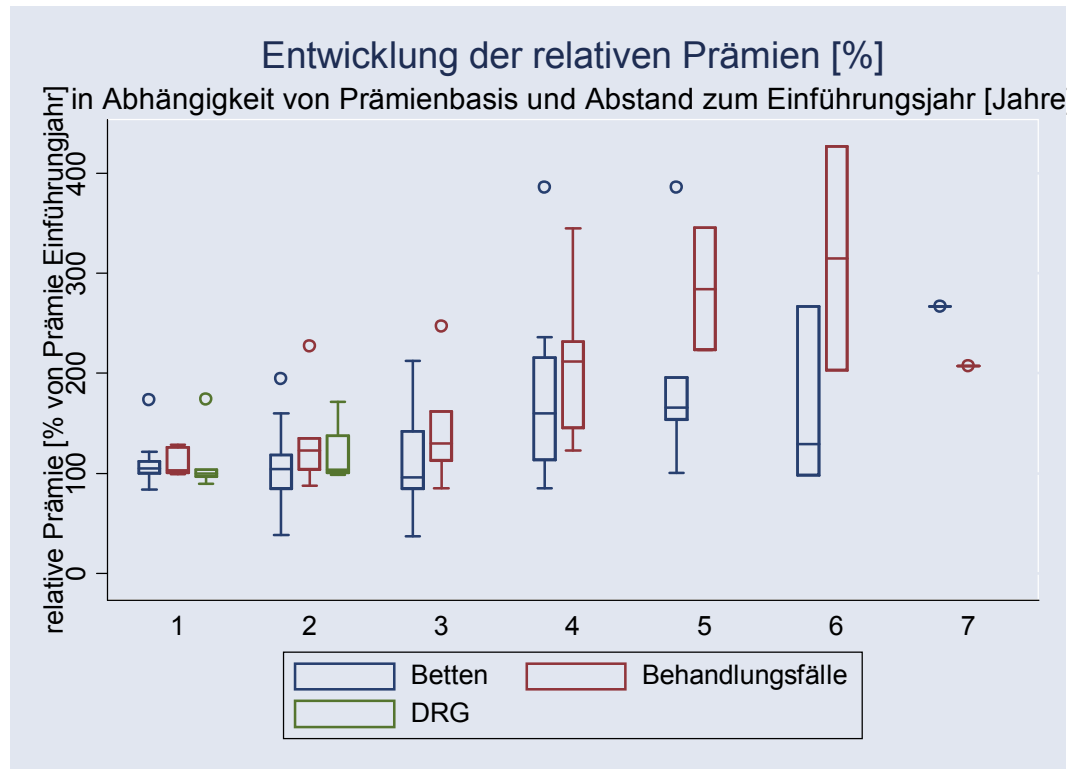
In der nachfolgenden Tabelle 22 sind die deskriptiven Kenngrößen der relativen Prämien dieses Kollektivs, nach Einführung getrennt, für die verschiedenen Prämienbasen gelistet.

Tabelle 22: Deskription der Prämien [% von Prämie des Einführungsjahres] nach Einführungsjahr – getrennt nach Prämienbasis

Jahre nach Ein- führung	Prämienbasis	N	Mittel	SDA	Min	25 %- Perz.	Median	75 %- Perz.	Max
1	Betten	33	106.3	15.3	83.6	100.0	105.0	112.0	173.1
	Behandlungsfälle	11	111.4	12.5	99.1	100.2	102.9	125.7	128.3
	DRG	7	109.4	29.0	89.5	96.8	100.0	103.8	174.3
2	Betten	22	107.9	32.8	38.0	84.4	104.3	118.1	194.5
	Behandlungsfälle	7	131.5	45.3	87.5	103.7	122.7	134.7	227.4
	DRG	4	119.1	35.1	98.2	100.5	103.3	137.7	171.6
3	Betten	14	113.6	49.1	37.1	84.4	96.0	141.8	212.5
	Behandlungsfälle	6	144.4	56.8	85.3	112.6	130.0	161.7	247.1
	DRG								
4	Betten	8	181.0	96.9	85.0	113.3	159.8	215.6	385.8
	Behandlungsfälle	5	211.2	87.4	122.5	145.1	212.0	231.7	345.0
	DRG								
5	Betten	6	194.6	99.1	100.3	153.6	165.8	195.8	385.8
	Behandlungsfälle	2	284.2	86.6	223.0	223.0	284.2	345.4	345.4
	DRG								
6	Betten	3	164.5	89.9	97.8	97.8	129.0	266.7	266.7
	Behandlungsfälle	2	315.0	158.3	203.1	203.1	315.0	427.0	427.0
	DRG								
7	Betten	1	266.8						
	Behandlungsfälle	1	207.3						
	DRG								

Quelle: selbst erstellt

Abbildung 37: Boxplots der relativen Prämien in Abhängigkeit von der Prämienbasis und vom Zeitabstand zum Einführungsjahr



Quelle: selbst erstellt

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Regressionsanalyse des Jahres nach Einführung des Risikomanagements und der relativen Prämien auf Bettenbasis und auf Basis der Behandlungsfälle. Für die Analyse der DRG-basierten Prämien liegen hierzu nicht ausreichend Daten vor.

Es wurde wieder ein robustes Verfahren gewählt, bei dem anstelle des üblichen Varianzschätzers der Huber/White/Sandwich-Schätzer³²⁵ verwendet wird.

Tabelle 23: Ergebnisse der Regressionsanalyse auf Bettenbasis und auf Basis der Behandlungsfälle

Basis	Schätzer der Steigung	Standardfehler des Schätzers	p-Wert*	95% Konfidenzintervall
Betten	15.83	6.59	0.022	[2.41; 29.25]
Behandlungsfälle	29.01	10.19	0.017	[6.31; 51.71]

*Der Test überprüft, ob der Parameter signifikant von Null verschieden ist.

Quelle: selbst erstellt

Wie auch schon der Boxplot (Abbildung 36) zeigt, ist die Steigung der Prämien auf Bettenbasis kleiner als die der Prämien auf Basis der Behandlungsfälle. Allerdings sind die Konfidenzintervalle recht breit und überlappen wieder sehr stark.

³²⁵ Vgl. (White 1980) S. 817-830

6.4.4.3 Entwicklung nach Einführung des Risikomanagements getrennt nach Vorliegen einer gynäkologischen Abteilung

In diesem Abschnitt wird die Verteilung der relativen Veränderungen der Versicherungsprämien im Vergleich zum Einführungsjahr des Risikomanagements nach dem Einführungsjahr getrennt nach Vorliegen einer gynäkologischen/geburtshilflichen Abteilung. .

In die Analyse gingen nur die Krankenhäuser ein, für die mindestens eine Prämie nach dem Einführungsjahr vorlag. Dies waren 53 Häuser.

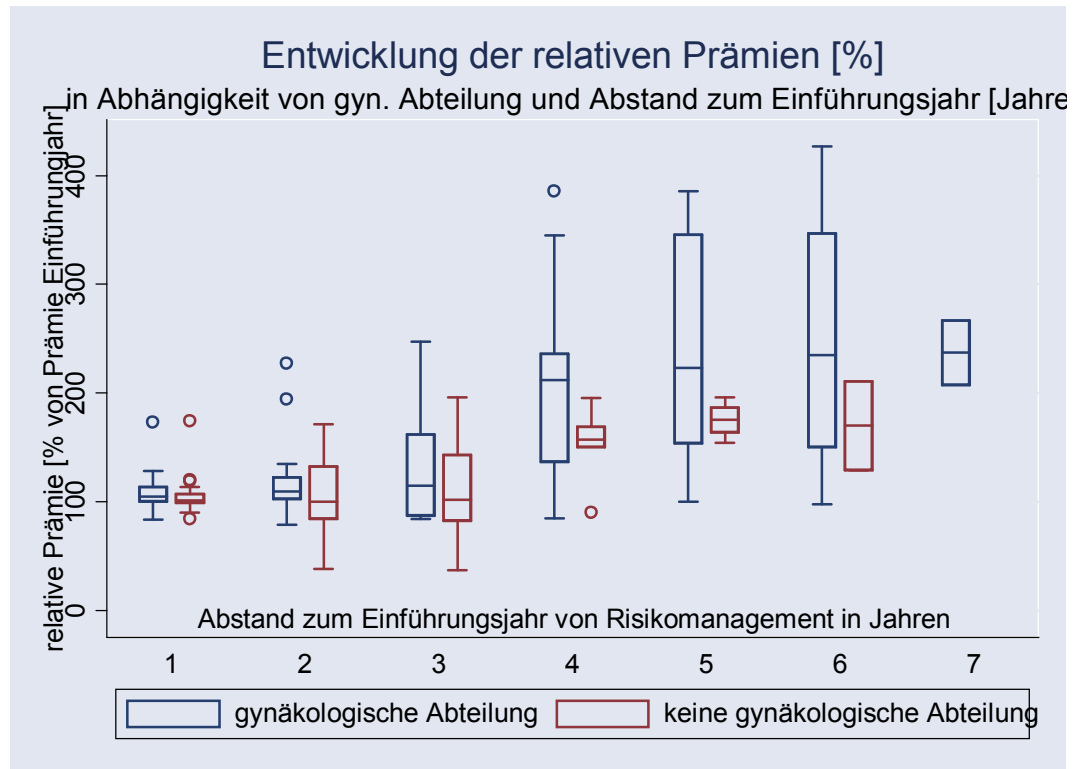
In der nachfolgenden Tabelle sind die deskriptiven Kenngrößen der relativen Prämien dieses Kollektivs nach Einführung getrennt für gynäkologische Abteilung ja/nein gelistet.

Tabelle 24: Deskription der Prämien [% von Prämie des Einführungsjahres] nach Einführungsjahr – getrennt für gynäkologische Abteilung ja/nein

Jahre nach Ein- führung	gynäko- logische Abteilung	N	Mittel	SDA	Min	25 %- Perz.	Median	75 %- Perz.	Max
1	Ja	34	108.5	15.6	83.6	100.0	104.8	113.6	173.1
	Nein	19	105.5	19.0	84.3	99.1	101.5	107.0	174.3
2	Ja	21	117.7	34.8	79.1	102.7	109.7	122.7	227.4
	Nein	14	108.2	35.9	38.0	84.1	100.3	132.7	171.6
3	Ja	10	135.8	56.1	84.4	86.9	114.6	161.7	247.1
	Nein	11	112.9	45.7	37.1	82.7	101.9	143.2	196.2
4	Ja	9	211.0	102.0	85.0	136.6	212.0	235.8	385.8
	Nein	5	152.5	38.9	90.0	150.3	157.5	169.2	195.3
5	Ja	5	241.6	122.1	100.3	153.6	223.0	345.4	385.8
	Nein	4	175.2	17.2	154.0	163.6	175.5	186.8	195.8
6	Ja	4	248.6	137.8	97.8	150.4	234.9	346.8	427.0
	Nein	2	170.0	58.0	129.0	129.0	170.0	211.0	211.0
7	Ja	2	237.0	42.0	207.3	207.3	237.0	266.8	266.8
	Nein								

Quelle: selbst erstellt

Abbildung 38: Boxplots der relativen Prämien in Abhängigkeit von gynäkologischer Abteilung und vom Zeitabstand zum Einführungsjahr



Quelle: selbst erstellt

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Regressionsanalyse des Jahres nach Einführung des Risikomanagements und der relativen Prämien für die Daten der Häuser mit gynäkologischer und ohne gynäkologische Abteilung. Es wurde ein robustes Verfahren gewählt, bei dem anstelle des üblichen Varianzschätzers der Huber/White/Sandwich-Schätzer³²⁶ verwendet wird.

Tabelle 25: Ergebnisse der Regressionsanalyse für die Daten der Häuser mit und ohne gynäkologischer Abteilung

gynäkologische Abteilung	Schätzer der Steigung	Standardfehler des Schätzers	p-Wert*	95% Konfidenzintervall
Ja	24.4	6.96	0.001	[10.27; 38.59]
Nein	11.83	3.13	0.001	[5.25; 18.41]

*Der Test überprüft, ob der Parameter signifikant von Null verschieden ist.

Quelle: selbst erstellt

Wie auch schon der Boxplot (Abbildung 38) zeigt, ist die Steigung der Prämien der Häuser mit gynäkologischer Abteilung größer als die der Prämien der Häuser ohne gynäkologische Abteilung.

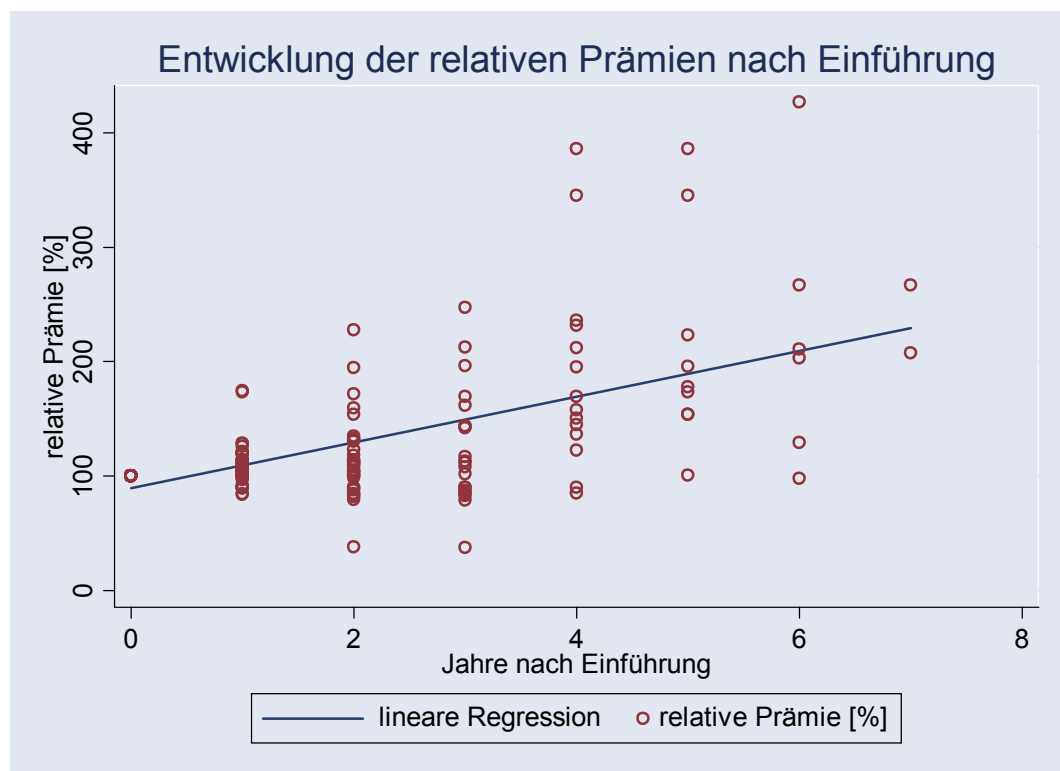
³²⁶ Vgl. (White 1980) S. 817-830

6.4.5 Weiterentwicklung der Prämien

Zur Schätzung der Weiterentwicklung der Prämien über den Beobachtungszeitraum hinaus wurde eine lineare Regression der relativen Prämien auf die Zeit nach Einführung des Risikomanagements gerechnet. Hier wird auf die Regression zurückgegriffen, da nur so eine Prognose möglich ist. Es wurde ein robustes Regressionsverfahren angewendet, bei dem die Abhängigkeiten der Werte durch wiederholte Werte desselben Krankenhauses in der Varianzschätzung berücksichtigt werden können. Bei der robusten Regression wird anstelle des üblichen Varianzschätzers erneut der Huber/White/Sandwich-Schätzer³²⁷ verwendet.

In die Analyse gingen nur die Krankenhäuser ein, für die mindestens eine Prämie nach dem Einführungsjahr vorlag. Dies waren 53 Häuser.

Abbildung 39: Lineare Regressionsgerade



Quelle: selbst erstellt

In der nachfolgenden Tabelle sind die Ergebnisse der Regressionsanalyse aufgeführt. Das Modell hat ein Bestimmtheitsmaß von $R^2 = 0.365$. Dieses gibt den Anteil der vom Modell erklärten Varianz wieder. Die Erklärungsgüte liegt somit bei 36,5% (36,5% des Modells werden durch die Regression erklärt). Die Streuung der Punkte um die Gerade

³²⁷ Vgl. (White 1980) S. 817-830

ist relativ groß. Dementsprechend unsicher ist die Schätzung der Geraden, was sich in der Breite des Konfidenzintervalls widerspiegelt.

Tabelle 26: Ergebnisse der Regressionsanalyse

Parameter	Schätzer	Standardfehler des Schätzers	p-Wert*	95% Konfidenzintervall
Jahre nach Einführung des Risiko- managements	20.0	5.05	< 0.0001	[9.9;30.2]
Konstante	89.2	4.10	< 0.0001	[80.9;97.4]

*Der Test überprüft, ob der Parameter signifikant von Null verschieden ist.

Quelle: selbst erstellt

Würden sich die Prämien wie beobachtet weiterentwickeln, so wäre mit einer Steigerung der relativen Prämien von 20 % pro Jahr zu rechnen.

6.5 Diskussion der Ergebnisse

Im Anschluss an die vorangegangene Analyse lässt sich auf Grund der Ergebnisse und der Prognose sagen, dass kein Rückgang der Prämien nach Einführung von Risikomanagement zu verzeichnen ist. Die relativen Prämien steigen nach dem Modell weiter an. Ebenfalls ist kein abflachender Anstieg der Steigungen durch die Umsetzung von Risikomanagement-Maßnahmen zu verzeichnen.

Die Expertenmeinungen, die den Einspareffekt im Rahmen der Versicherungsprämie durch die Einführung von Risikomanagement anführen, können nicht bestätigt werden.

Diese Literatúrausschnitte werden im Folgenden noch einmal wiederholt.

Perty spricht in einem Artikel über Risikomanagement als Schadensprophylaxe aus Sicht eines Versicherers davon, dass „Risikomanagement (...) schon deshalb dringend notwendig ist, damit Krankenhäusern (...) in Zukunft Versicherungsschutz zu akzeptablen Versicherungsprämien zur Verfügung gestellt werden kann. Inzwischen machen viele Versicherer die Abgabe eines Angebotes von der Frage abhängig, ob entsprechende Systeme bestehen, bzw. bewerten diese Fragestellung im Rahmen der Kalkulation der Versicherungsprämie. Das Fehlen entsprechender Maßnahmen und Konzepte führt in der Prämienkalkulation unmittelbar zu einer höheren Prämie“³²⁸.

³²⁸ (Petry 2007) S. 197-198

Kahla-Witzsch stellt dar, dass Krankenhäuser besser versicherbar sind, „wenn Sie ein Risikomanagementsystem nachweisen können. Dies äußert sich in einer Prämienreduktion, bzw. Versicherbarkeit“.³²⁹

Reucher/Bondong weisen in einem Aufsatz über die praktische Umsetzung eines Risk Managements aus Sicht eines Krankenhauses darauf hin, dass „durch die Einführung eines Risikomanagements die Basis für Prämiensenkungen geschaffen werden soll“.³³⁰

Auch Koller/von Langsdorff beschreiben bei der Darlegung der Notwendigkeit des Risikomanagement, dass Versicherer günstigere Prämien für Versicherungsnehmer anbieten, die ein anerkanntes Risikomanagement-System betreiben.³³¹

Auch Gausmann, Leiter der Gesellschaft für Risiko-Beratung, einer Tochter des Ecclesia-Versicherungsmaklers, betont, dass möglicherweise zumindest eine Erhöhung der Prämie abgewendet werden kann, wenn systematisches Risikomanagement im Krankenhaus eingesetzt wird.³³²

Ulsenheimer spricht davon, dass „sich mit einem kontrollierten Risk Management die Schäden reduzieren und damit auch die Prämien der Haftpflichtversicherung wieder herunter fahren werden“³³³ können.

Die Ärzte-Zeitung titelt am 03.02.2004 damit, das Kliniken mit Risikomanagement Geld sparen und „Krankenhäuser mit niedriger Fehlerquote geringere Versicherungsprämien aushandeln können.“³³⁴

Dass die, nach diesen vorausgegangenen Aussagen aufgestellte, Hypothese verworfen werden muss, kann auf mehrere Gründe zurückzuführen sein.

Die Kalkulation der Prämien und die Entwicklung des Versicherungsmarktes ist ein sehr multifaktorieller Komplex.

Die Zahl bekannt gewordener Medizinschäden und daraus resultierende Haftungsverpflichtungen haben in den letzten 20 Jahren rasant zugenommen. Die Schadensaufwendungen bei Arzthaftpflichtschäden für alle deutschen Krankenhäuser lagen 1991 noch bei ca. 81 Mio. Euro, 1994 mussten die Betriebshaftpflichtversicherer bereits ca. 212 Mio. Euro.³³⁵ bereitstellen. Dieser Trend setzte sich fort. 2003 betrug die Schadenssumme 400 Mio. Euro. Diese Entwicklung spiegelt sich auch in der erheblich gestiegenen Anzahl an gerichtlichen Prozessen, in die ein Krankenhaus involviert ist. So wurden 1980 ca. 600 - 800 Fälle vor Gericht verhandelt, an denen ein Krankenhaus beteiligt war. Damalige Schadensaufwendungen beliefen sich ungefähr

³²⁹ (Kahla-Witzsch 2005) S. 42

³³⁰ (Reucher and Bondong 2003) S. 183

³³¹ Vgl. (Koller and von Langsdorff 2005) S. 3

³³² Vgl. (Gaede and Gausmann 2007) S. 4

³³³ (Ulsenheimer 2003) S. 476

³³⁴ (Beneker 2004)

³³⁵ Vgl. (Bergmann 2004) S.2

auf 153.000 Euro. 2001 sind es mehr als 10.000 Prozesse mit bis zu 2 Mio. Euro Aufwendungen pro Einzelfall³³⁶, 2007 sind Schadensaufwendungen von 5 Mio. Euro keine Seltenheit mehr.³³⁷ Diese Entwicklung hat verschiedene Ursachen. Zum einen gibt es durch den technischen Fortschritt in der Medizin und die demographische Entwicklung in der Gesellschaft fortwährend mehr multimorbide, schwer kranke und alte Menschen. Ärzte sehen sich hierdurch mit immer komplizierteren Krankheitsbildern und -verläufen konfrontiert, woraus eine steigende Anzahl an Behandlungsfehlern resultieren kann.³³⁸ Gleichzeitig ermöglichen es diese Fortschritte, auch Kinder mit Geburtsschäden länger am Leben zu erhalten, was sich in gestiegenen Pflegegeldern, welche die Haftpflichtversicherung bei Fehlern übernehmen muss, niederschlagen kann.³³⁹ Auch die kritische personelle Situation von Ärzten und Pflegepersonal in Krankenhäusern kann, bei gleichzeitig steigenden Behandlungszahlen, eine weitere Ursache für die zunehmende Zahl an Medizinschäden sein.

Zudem sind Patienten und Angehörige durch die Medien und das Internet immer besser über ihre eigene Krankheit und ihre Rechtslage informiert. Im Zeitalter des Wettbewerbs der Krankenhäuser hat sich ein neues Anspruchsdenken in der Gesellschaft herausgebildet. Patienten versuchen häufiger, ihr Recht einzuklagen und fordern Schadensersatz beispielsweise in Form von Schmerzensgeld. Dabei nimmt der Anteil unberechtigter Ansprüche seit Jahren zu (1993, 42%³⁴⁰ und 2005, 53%³⁴¹). Durch eine patientenfreundliche Rechtssprechung mit Beweiserleichterung für den Patienten wurde dieser Effekt noch verstärkt. Diese weiteren Faktoren, die Steigerung der Behandlungsfälle, die gestiegene Klagefreudigkeit der Patienten, die höheren Schadensersatzsummen und nicht zuletzt das sensibler werdende Finanzsystem lassen sich nicht in einem Modell darstellen. So lässt sich auch die auftretende große Variabilität erklären.

Das heißt, wenn sich tatsächlich ein Rückgang der Prämien, bzw. eine geringere Steigerung der Prämien durch Risikomanagement erzielen lässt, wird dieser ökonomische Benefit durch andere Faktoren torpediert.

Wenn eine größere Stichprobe vorläge und sich mehr Krankenhäuser an der Befragung beteiligt hätten, dann wäre gegebenenfalls ein deutlicherer Unterschied zwischen den Steigungen vor und nach der Einführung von Risikomanagement erkennbar, möglicherweise wären die Streuungen kleiner und die Konfidenzintervalle nicht so sehr überlappend. Diese Annahme ist nach jeder Stichprobenziehung zu erwarten. Es gilt generell, dass bereits vergleichsweise geringe Stichprobenumfänge (n

³³⁶ Vgl. (Gruber 2001) S. 1416

³³⁷ Vgl. (Hagen and Schlingensiepen 2007) S. 14

³³⁸ Vgl. (Pflüger 2002) S. 8

³³⁹ Vgl. (Bergmann and Wever 2004) S. 3

³⁴⁰ Vgl. (Weidinger 2004) S. 289

³⁴¹ Vgl. (Weidinger 2006) S. 572

≥ 30) repräsentativ sein können, vorausgesetzt, die Stichprobe ist auf Basis einer Zufallsstichprobe zustande gekommen.³⁴²

Ein weiterer Grund, dass der positive Einspareffekt nicht zum tragen kommen kann, ist die Wirksamkeit des Risikomanagementsystems. Es besteht die Möglichkeit, dass die eingesetzten Risikomanagement-Instrumente nicht die Schadenshäufigkeit verringern, bzw. noch nicht verringern. Das heißt, die Instrumente konnten seit ihrer Einführung nicht wirksam werden. Neubauer/Ujlaky/Berger sprechen in einem Aufsatz zum Thema - Der Weg aus der Haftungsspirale - davon, dass „durchgeführte Risikomanagement-Maßnahmen positiv auf die Schadensquote (...) im Durchschnitt (...) nach 4 Jahren wirksam werden“³⁴³.

Darüber hinaus kann kein Zusammenhang zwischen Risikomanagement und Prämienanstieg festgehalten werden, da im Gesundheitswesen eine zeitlich so große Differenz zwischen Schadenseintritt und Schadensauswirkung vorherrscht, dass diese Verzerrung, bedingt durch die 30-jährige Verjährungsfrist, dem Einsparpotenzial vorweg greift.

Die aufgestellte Hypothese:

**Es erfolgt nach der Einführung von Risikomanagement
eine Reduktion der Haftpflichtversicherungsprämien -
muss nach Datenlage falsifiziert werden.**

³⁴² Vgl. (Bahrenberg et al. 1990) S. 19

³⁴³ (Neubauer et al. 2004) S. 322

E. Eidesstattliche Erklärung

„Ich versichere an Eides statt durch meine Unterschrift, dass ich die vorstehende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt und alle Stellen, die ich wörtlich oder annähernd wörtlich aus Veröffentlichungen entnommen habe, als solche kenntlich gemacht habe, mich auch keiner anderen als der angegebenen Literatur oder sonstiger Hilfsmittel bedient habe. Die Arbeit hat in dieser oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.“

Ort, Datum

Unterschrift

F. Quellenverzeichnis

Literaturverzeichnis

- Akens-Fries, G. 2002. Vom Risikomanagement zur Balanced Scorecard: von der Pflicht zur Kür; unter besonderer Berücksichtigung ausgewählter Risikofaktoren von Krankenhäusern *Zeitschrift Interne Revision* 37. (02/2002):S. 68-74.
- Allianz-Deutschland-AG. 2007. Konzern-Geschäftsbericht. Stuttgart Allianz Deutschland AG.
- Andersen, A. 2000. Krankenhaus 2015 - Wege aus dem Paragraphendschungel, edited by A. A. Healthcare. Frankfurt, Hamburg, Stuttgart.
- ÄrzteG. 1998. Ärztegesetz.
- AXA-Versicherung-AG. 2007. Geschäftsbericht. Köln: AXA Versicherung AG.
- Bahrenberg, G., E. Giese, and J. Nipper. 1990. *Statistische Methoden in der Geographie 1*. 3 ed. Stuttgart: Borntraeger.
- Bartens, W., and G. Bohnsem. 2008. Operationsfeld Patient. *Süddeutsche Zeitung* (04.06.2008).
- Basler-Versicherungen. 2007. Geschäftsbericht. Basel: Basler Versicherungen.
- Benecker, C. 2004. Mit Risiko-Management sparen Kliniken Geld. *Ärzte Zeitung* (03.02.2004).
- Bergamnn, K.-O. 2004. *Die Arzthaftung - Ein Leitfaden für Ärzte und Juristen*. 2. ed. Berlin: Springer Verlag.
- Bergmann, K.-O., and T. Ratajczak. 2005. *Arzthaftungsrecht - Rechtspraxis und Perspektiven*. Berlin: Springer Verlag.
- Bergmann, K.-O., and C. Wever. 2004. *Die Arzthaftung - Ein Leitfaden für Ärzte und Juristen*. 2. ed. Berlin: Springer Verlag.
- Bergmann, K. O. 2006. Grundlagen der zivilrechtlichen Haftung des Arztes und des Krankenhausträgers. In *Risikomanagement - Kosten-/Nutzen-basierte Entscheidungen im Krankenhaus*, edited by W. Von Eiff. Wegscheid: WIKOM GmbH, S. 82-103.
- Beyer-Reheld, A. 2002. Bewegung im Klinikmarkt. *Krankenhaus Umschau* 71. (05/2002):S. 414-416.
- . 2003. Risk Management wird zum Muss - aber die Krankenhäuser führen es nur schleppend ein. *Krankenhaus Umschau* (06/2003):S. 472-473.
- BGB. 2009. Bürgerliches Gesetzbuch vom 28.09.2009.
- BPfIV. 2009. Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespfllegesatzverordnung - BPfIV) vom 17.03.2009.

- Brügge, M. 2006. Fehlerkultur im Krankenhaus - Ein Status quo des Umgangs mit Fehlern und mögliche Einflussfaktoren auf die Fehlerkultur am Beispiel einer Klinikabteilung. In *Risikomanagement - Kosten-/Nutzenbasierte Entscheidungen im Krankenhaus*, edited by W. von Eiff. Wegscheid: WIKOM Verlag, S. 259-295.
- Brühwiler, B. 2001. *Unternehmensweites Risk Management als Frühwarnsystem; Methoden und Prozesse für die Bewältigung von Geschäftsrisiken in integrierten Managementsystemen*. Bern/Stuttgart/Wien: Verlag Paul Haupt.
- Bundesärztekammer. 2008. Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2008. In [www.bundesaerztekammer.de/.../Statistische Erhebung 2008 edg.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/.../Statistische_Erhebung_2008_edg.pdf).
- Chalubinski, K., L. Flammer, H. Härtling, C. Kunz, W. Müller, and N. Pateisky. 2004. Risikomanagement im Krankenhaus - damit Sicherheit kein Zufall ist. *Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe* 22 (01/2004):4-8.
- DGQ. 2004. *FMEA - Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse*. Vol. Band 13-11. Frankfurt am Main: Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V.
- DKA. 2007. *Deutsches Krankenhaus Adressbuch* Freiburg: Rombach Druck- + Verlagshaus GmbH und Co. KG.
- DKG. 2007. *Zahlen - Daten - Fakten 2007*. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH.
- . 2008. *Zahlen - Daten - Fakten 2008*. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH.
- Donabedian, A. 2003. *Quality Assurance in Health Care*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Doppler, K., and C. Lauterburg. 1996. *Change Management*. 5. Auflage ed. Frankfurt/New York: Campus.
- Ehrenbaum, K. 2006. Schnittstellenmanagement, Risikokommunikation und Beziehungsmanagement der Leistungserbringer - Erfolgsfaktoren für die Integrierte Versorgung. In *Strategie Risikomanagement*, edited by W. Hellmann. Stuttgart: Kohlhammer GmbH 145-156.
- Engelings, M. G. 2005. Risikomanagement - ein unverzichtbarer Baustein im Qualitätsmanagement. Vorlesung Medizin-Management 7 Universität Duisburg-Essen, 13.12.2005.
- Ennker, J., D. Pietrowski, and P. Kleine. 2007. *Risikomanagement in der operativen Medizin*. Darmstadt: Steinkopf Verlag.
- Fehlberg, I., and J. Poll. 2000. Zur Einrichtung eines Risikomanagementsystems im Krankenhaus. *das Krankenhaus* 92. (06/2000):S. 474-477.

- Felber, A., S. Radomsky, and C. Trengler. 2003. Der Risk Management-Prozess. In *Risk Management im Krankenhaus* edited by V. Graf, A. Felber and R. Lichtmannegger. Neuwied, Köln, München: Wolters Kluwer Deutschland GmbH, S. 134-155.
- Fink, A. 2006. Szenario-Management - Möglichkeiten, Tipps zur Umsetzung für Leistungserbringer im Gesundheitswesen. In *Strategie Risikomanagement*, edited by W. Hellmann. Stuttgart: Kohlhammer GmbH, 177-202.
- Führung, M., and P. Gausmann. 2004. *Klinisches Risikomanagement im DRG-Kontext - Integration von Risikokontrollpunkten in klinische Pfade*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Furmann, R., and A. Crusius. 2009. Fuhrmann stellt Fehlerstatistik der Bundesärztekammer vor. *Orthopädische - Nachrichten* 07/2009.
- Gaede, K., and P. Gausmann. 2007. Erwachtet! *kma - Das Magazin für die Gesundheitswirtschaft* (02/2007):S. 1-4.
- Gausmann, P. 2002. Damit keine Klagen kommen - Zwingend notwendig: Risikomanagement für Krankenhäuser. *Krankenhaus Umschau* (08/2002):647-650.
- . 2005. Risiko-Management - Umsetzungskonzepte für die klinische Praxis. *Arzt und Krankenhaus* (10/2005):307-310.
- . 2006. Risikomanagement und geplante Behandlungspfade. In *Risikomanagement - Kosten-/Nutzenbasierte Entscheidungen im Krankenhaus*, edited by W. von Eiff. Wegscheid: WIKOM GmbH, S. 188-201.
- Gausmann, P., and F. M. Petry. 2004. Risiko-Management im Krankenhaus aus Sicht der Versicherer. *ZaeFQ* (98/2004):S. 587-591.
- Geraedts, M. 2004. Krankenhäuser: Spärliche Evidenz für explizite Mindestmengen. *Deutsches Ärzteblatt* 2004; 101 (20):A-1402/B-1166/C-1121.
- Geraedts, M., W. de Cruppé, K. Blum, and C. Ohmann. 2008. Umsetzung und Auswirkung der Mindestmengen: Ergebnisse der Begleitforschung. *Deutsches Ärzteblatt* 2008; 105 (51-52):890-896.
- Glazinski, R., and R. Wiedensohler. 2004. *Patientensicherheit und Fehlerkultur im Gesundheitswesen*. Eschborn: VGR - Verlag.
- Gleißner, W., and H.-F. Löffner. 2007. Total Cost of Risk: Wertorientierte Steuerung von Risikotransferstrategien. *Die VersicherungsPraxis* 2007 (Nr. 3):S. 41-45.
- Gödecke, K. 2005. Hektisch und unerfahren? Studie der Unfallkasse Berlin zu Schnitt- und Stichverletzungen. *Krankenhaus Umschau* 74. (03/2005):S. 228-231.
- Graebe-Adelssen, J.-S. 2003. Risk Management - die Sicht von Außen. In *Risk Management im Krankenhaus*, edited by V. Graf, A. Felber and R.

- Lichtmannegger. Neuwied, Köln, München: Wolters Kluwer Deutschland GmbH, S. 17-35.
- Grandt, D., and S. Breßlein. 2004. Risikomanagement von der NASA lernen. *Krankenhaus Umschau* 73. (07/2004):S. 607-610.
- Gruber, M. 2001. Wie sich das Haftungsrisiko im Krankenhaus begrenzen lässt. *Versicherungswirtschaft* 56. (17/2001):S. 1416-1418.
- Gurcke, I. 2005. Klinisches Risikomanagement - Bestandteil der Qualitätsmanagementplanung, -organisation und -umsetzung am Beispiel einer Universitätsklinik. Hannover, 23.12.2005.
- Gurcke, I., J. Falke, and D. Mildenerger. 2006. Klinisches Risikomanagement als unverzichtbarer Bestandteil der Planung, Organisation und Umsetzung von Qualitätsmanagement - ein Praxisbericht. In *Strategie Risikomanagement*, edited by W. Hellmann. Stuttgart: Kohlhammer GmbH, 19-48.
- Gurcke, I., and D. Mildenerger. 2002. Risikokosten optimieren - Captive- und Finite Risk-Modelle für die Krankenhaus-Haftpflichtversicherung. *Krankenhaus Umschau* (05/2002):406-408.
- Hagen, P., and I. Schlingensiepen. 2007. Notwendiges Übel. *medbiz - das Magazin zur Gesundheitswirtschaft* 3/2007:S. 14-15.
- Hansis, M. L., D. Hart, K. Becker-Schwarze, and D. Hansis. 2001. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland*. Vol. 04/01. Berlin: Robert Koch - Institut.
- HDI-Gerling. 2007. Geschäftsbericht. Hannover: HDI-Gerling Firmen und Privat Versicherung AG
- Hellmann, W. 2006. Mitarbeiterorientiertes Risikomanagement (MORISK) als Teil eines ganzheitlichen Risikomanagementsystems - eine Neupositionierung des Arbeitsschutzes im Kontext klinischer Pfade. In *Strategie Risikomanagement*, edited by W. Hellmann. Stuttgart: Kohlhammer GmbH, 75-85.
- Helmreich, R. 2000. On error management: lessons from aviation. *British Medical Journal* 320:781-785.
- Helmreich, R. L., J. R. Klinec, and J. A. Wilhelm. 2001. *System safety and threat and error management: The line operations safety audit (LOSA)*. In *Proceedings of the Eleventh International Symposium on Aviation Psychology*. Columbus, OH: The Ohio State University.
- Henneke, M., and O. Schikora. 2006. Risiko Krankenhaus - Praktische Tipps zur Minimierung von Risiken im Rahmen eines ganzheitlichen Ansatzes. In *Strategie Risikomanagement*, edited by W. Hellmann. Stuttgart: Kohlhammer GmbH, 51-73.

- Holzer, E., C. Thomaczek, E. Hauke, D. Conen, and M.-A. Hochreutener. 2005. *Patientensicherheit - Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen*. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Jaklin, J. 2009. In den USA weniger Ansprüche gegen Krankenhäuser. *das Krankenhaus* 2009 (2):S. 158-159.
- Jaworski, S. 2009. Die Krankenhaushaftpflichtversicherer in Deutschland - Entwicklung und aktueller Stand *Seminararbeit zur Vorlesung 'Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen' Medizin-Management 12 - Universität Duisburg Essen*.
- Kahla-Witzsch, H.-A. 2005. *Praxis des klinischen Risikomanagements*. Landsberg/Lech: ecomed MEDIZIN.
- Kahla-Witzsch, H.-A., and O. Platzer. 2007. *Risikomanagement in der Pflege*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Kaufmann, M. 1999. Auswirkungen des KonTraG auf die Rechnungslegung und Prüfung von Krankenhäusern. *das Krankenhaus* 10/99:S. 665-669.
- Kirch, W. 2005. *Fehldiagnosen und Patientensicherheit*. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- Klocke, M. 2003. Sind Krankenhäuser noch versicherbar? *Krankenhaus Umschau* (06/2003):485-488.
- . 2005. Wie schlimm geht es in deutschen Krankenhäusern zu? *Arzt und Krankenhaus* 2005 (Heft 4):S. 1-5.
- . 2006. Versicherungsfähigkeit von Krankenhäusern - Möglichkeit und Grenzen von Haftpflichtversicherungslösungen. In *Risikomanagement - Kosten-/Nutzenbasierte Entscheidungen im Krankenhaus*, edited by W. von Eiff. Wegscheid: WIKOM GmbH, S. 143-159.
- Koller, C., and U. von Langsdorff. 2005. *Risikomanagement im Krankenhaus*. Heidelberg/München/Landsberg: Economica.
- Kratzheller, J. B. 1997. *Risiko und Risikomanagement aus organisationswissenschaftlicher Perspektive*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Lauterberg, J., and K. Kolpatzik. 2005. Von der Utopie zur Agenda. *Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft* 8. Jahrgang (Spezial 10/2005):S. 4-6.
- Lichtmannegger, R. 2003. Praktische Umsetzung eines Risk Managements - die Sicht der MediRisk Bayern Risk Management GmbH bzw. Versicherungskammer Bayern. In *Risk Management im Krankenhaus*, edited by V. Graf, A. Felber and R. Lichtmannegger. Neuwied, Köln, München: Wolters Kluwer Deutschland GmbH, S. 188-212.

- Liebwein, P. 2000. *Strukturierung von Rückversicherungsentscheidungen: Ein entscheidungstheoretisches Modell der Risikopolitik von Versicherungsunternehmen*. Karlsruhe: VVV Verlag.
- Ludwig, K. 2008. *Risk Management als Führungsaufgabe für das Krankenhaus der Zukunft?* Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller AG & Co. KG.
- Luettel, D., S. Scobie, and R. Thomson. 2006. The UK Experience: the National Patient Safety Agency. In *Risikomanagement - Kosten-/Nutzenbasierte Entscheidungen im Krankenhaus* edited by W. von Eiff. Wegscheid: WIKOM GmbH.
- Maletzki, W., and A. Stegmayer. 2003. *Klinikleitfaden Pflege*. 5. ed. München: Urban & Fischer bei Elsevier.
- Martin, K. 2000. Im Zweifelsfall für den Patienten - Arzthaftung und Risikomanagement im Krankenhaus. *Versicherungswirtschaft* 55. (13/2000):S. 0919-0922.
- . 2001. Risik-Management - Besser vorbeugen. *Krankenhaus Umschau* 70. (03/2001):S. 208-211.
- Meffert, H. 2000. *Marketing - Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung*. 9. Auflage ed. Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler GmbH.
- Merten, M. 2006. Risikomanagement: Freiwillig aus Fehlern lernen. *Deutsches Ärzteblatt* 2006; 103 (45):Seite A-2993/B-2606/C-2505.
- . 2007. Den Ursachen auf der Spur. *Deutsches Ärzteblatt* 2007; 104 (17):S. 1140-1142.
- Meurer, C. 2008. *Außergerichtliche Streitbeilegung in Arzthaftungssachen*. Edited by C. Katzenmeier. Vol. 3. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Middendorf, C. 2006a. Aufgaben, Inhalte und Ansatzpunkte des Risikomanagements. In *Risikomanagement - Kosten-/Nutzenbasierte Entscheidungen im Krankenhaus*, edited by W. von Eiff. Wegscheid: WIKOM GmbH, S. 58-81.
- . 2006b. *Klinisches Risikomanagement*. Edited by W. von Eiff, A. Prinz, N. Senniger and H.-D. Steinmeyer. 2 ed. 2 vols. Vol. 2. Berlin: LIT-Verlag.
- Mildenberger, D., and K. Ulsenheimer. 2003. Incident Reporting für ein produktives Riskmanagement. *das Krankenhaus* 95. (07/2003):S. 539-543.
- Moos, G. 2005. Ein kurzer Blick auf die Krankenhauslandschaft - Risikomanagement im Krankenhaus. Koblenz.
- MPBetreibV. 2009. Medizinprodukte-Betreiberverordnung vom 29. Juli 2009.
- Müller, J. 2003. Entwicklung des Risk Managements im Krankenhaus. In *Risk Management im Krankenhaus*, edited by V. Graf, A. Felber and R. Lichtmannegger. Neuwied, Köln, München: Wolters Kluwer Deutschland GmbH, S. 39-51.

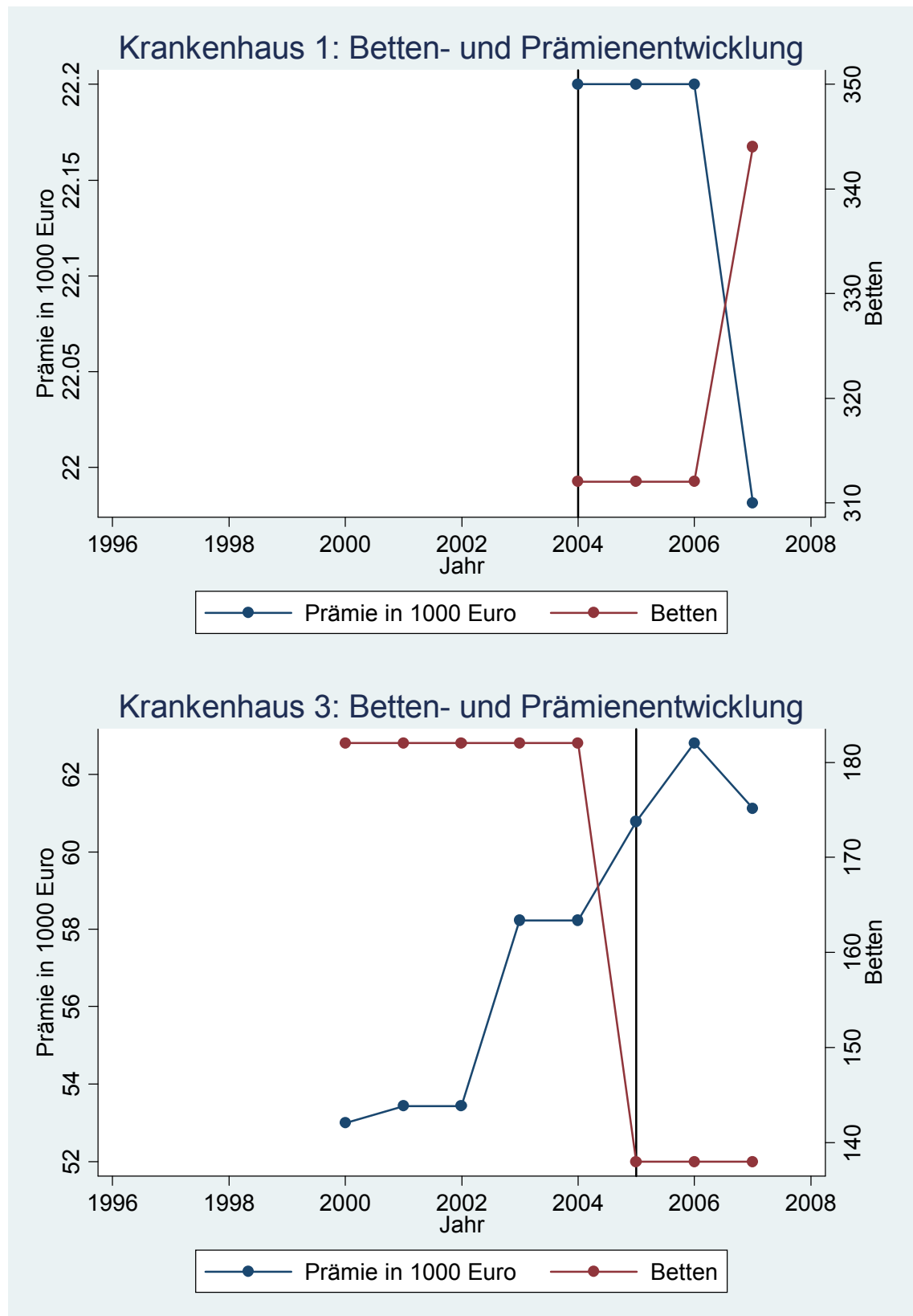
- Neubauer, G., R. Ujlaky, and S. Berger. 2004. Weg aus der Haftungsspirale. *Krankenhaus Umschau* (04/2004):320-323.
- o.V. 2002. Report - Abschied vom Krankenhausgeschäft. *Versicherungswirtschaft* 57. (06/2002):S. 401-405.
- Ollenschläger, G. 2001. Medizinische Risiken, Fehler und Patientensicherheit. Zur Situation in Deutschland. *Schweizerische Ärztezeitung/Bulletin des médecins suisses/Bolletino dei medici svizzeri* 82:S. 1404-1410.
- Paula, H. 2007. *Patientensicherheit und Risikomanagement im Pflege- und Krankenhausalltag*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Perleth, M., E. Jakubawski, and R. Busse. 2000. "Best Practice" im Gesundheitswesen - oder warum wir evidenzbasierte Medizin, Leitlinien und Health Technology Assessment brauchen. *Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich. (ZaeFQ)* 2000/94:S. 741-744.
- Petry, F.-M. 2007. Risikomanagement als Schadensprophylaxe aus Sicht des Versicherers bzw. eines Versicherungsmaklers In *Medizinschadensfälle und Patientensicherheit - Häufigkeit, Begutachtung, Prophylaxe*, edited by B. Madea and R. Dettmeyer. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, S. 195-203.
- . 2008. Entwicklung der Schadensaufwendungen im Heilwesenrisiko. In *Arzthaftung - Mängel im Schadensausgleich?*, edited by I. Dautert and A. Jorzig. Berlin: Springer Verlag, S. 93-105.
- Pflüger, F. 2002. *Krankenhaustaftung und Organisationsverschulden*. 1. ed. Berlin: Springer Verlag.
- Pippig, M. 2005. Risikomanagement im Krankenhaus. In *Wismarer Diskussionspapiere*. Wismar.
- R+V-Versicherung-AG. 2007. Geschäftsbericht. Wiesbaden: R + V Versicherung AG.
- Rall, M., T. Manser, G. H., M. D. Gaba, and K. Unterl. 2001. Patientensicherheit und Fehler in der Medizin - Entstehung, Prävention und Analyse von Zwischenfällen. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* (36.):S. 321-330.
- Reason, J. 2000. Human Error: models and management. *British Medical Journal* 320:768-770.
- Reif, M. 2002. Wenn die Prämien steigen sind alternative Lösungen für die Krankenhaushaftpflichtversicherung gefragt. *Krankenhaus Umschau* (04/2002):298-299.
- Rettenbacher, C., K. Denkmayr, and O.-W. Herschmann. 2005. Entwicklung auf Hochtouren - FMEA als Wissensmanagement-Instrument. *Qualität und Zuverlässigkeit* 50 (01/2005):S. 28-33.

- Reucher, U., and A. Bondong. 2003. Praktische Umsetzung eines Risk Managements aus Sicht eines Krankenhauses. In *Risk Management im Krankenhaus*, edited by V. Graf, A. Felber and R. Lichtmannegger. Neuwied, Köln, München: Wolters Kluwer Deutschland GmbH, S. 159-187.
- Roeder, N., C. Hoppenheit, B. Wolter, B. Strauch, B. Rudloff, M. Hennke, S. Rebig, and U. Palmer. 2007. Einführung eines softwareunterstützten, integrierten und ganzheitlichen Risikomanagements im Universitätsklinikum Münster. *das Krankenhaus* 99. (05/2007):S. 429-438.
- Schlecht, J., and A. Lossa-Bonus. 2003. Interne Revision neu ausrichten. *Krankenhaus Umschau* 72. (06/2003):S. 508-511.
- Siedlaczek, J. 2009. Schadensfallstatistik im deutschen Gesundheitswesen - Ein Überblick. *Seminararbeit zur Vorlesung 'Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen' Medizin-Management 12 - Universität Duisburg Essen*.
- Stockhardt, J. 2006. Der Risikomanager im Krankenhaus. *Krankenhaus Umschau* 75. (07/2006):S. 598-601.
- Stottrop, J. 2005. Aus einem Guss - Erste Norm für integriertes Risikomanagement *Qualität und Zuverlässigkeit* 50. (09/2005):S. 34-35.
- Szajstek, C. 2009. Haftungsrechtliche Aspekte von Risikomanagement im Krankenhaus *Seminararbeit zur Vorlesung 'Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen' Medizin-Management 12 - Universität Duisburg Essen*.
- Teichner, M. 2006. Organisationsfehler im Krankenhaus - Haftung bei Risiko-Neugeborenen mit Hypoglykämie. *Pädiatrie Hautnah* (05/2006):270-271.
- Ulsenheimer, K. 2003. Versicherungsprämien im Steilflug - Risk Management ist Fehlerprävention, damit Kliniken versicherbar bleiben. *Krankenhaus Umschau* (06/2003):474-477.
- Versicherungskammer-Bayern. 2007. Geschäftsbericht. München: Versicherungskammer Bayern.
- Victoria-Versicherung-AG. 2007. Geschäftsbericht. Düsseldorf.
- von Eiff, W. 2003. Teure Nachbesserungen - Das "verborgene" Krankenhaus: Unterschätze Risiken gefährden Patienten. *Krankenhaus Umschau* (06/2003):478-481.
- . 2006a. Das verborgene Krankenhaus - unterschätzte Risiken gefährden Patienten. In *Risikomanagement - Kosten-/Nutzenbasierte Entscheidungen im Krankenhaus*, edited by W. von Eiff. Wegscheid: WIKOM GmbH, S. 161-187.
- . 2006b. Kein Vorwort des Herausgebers, das Problem spricht für sich: 99% Sicherheit reichen nicht aus. In *Risikomanagement - Kosten-/Nutzenbasierte*

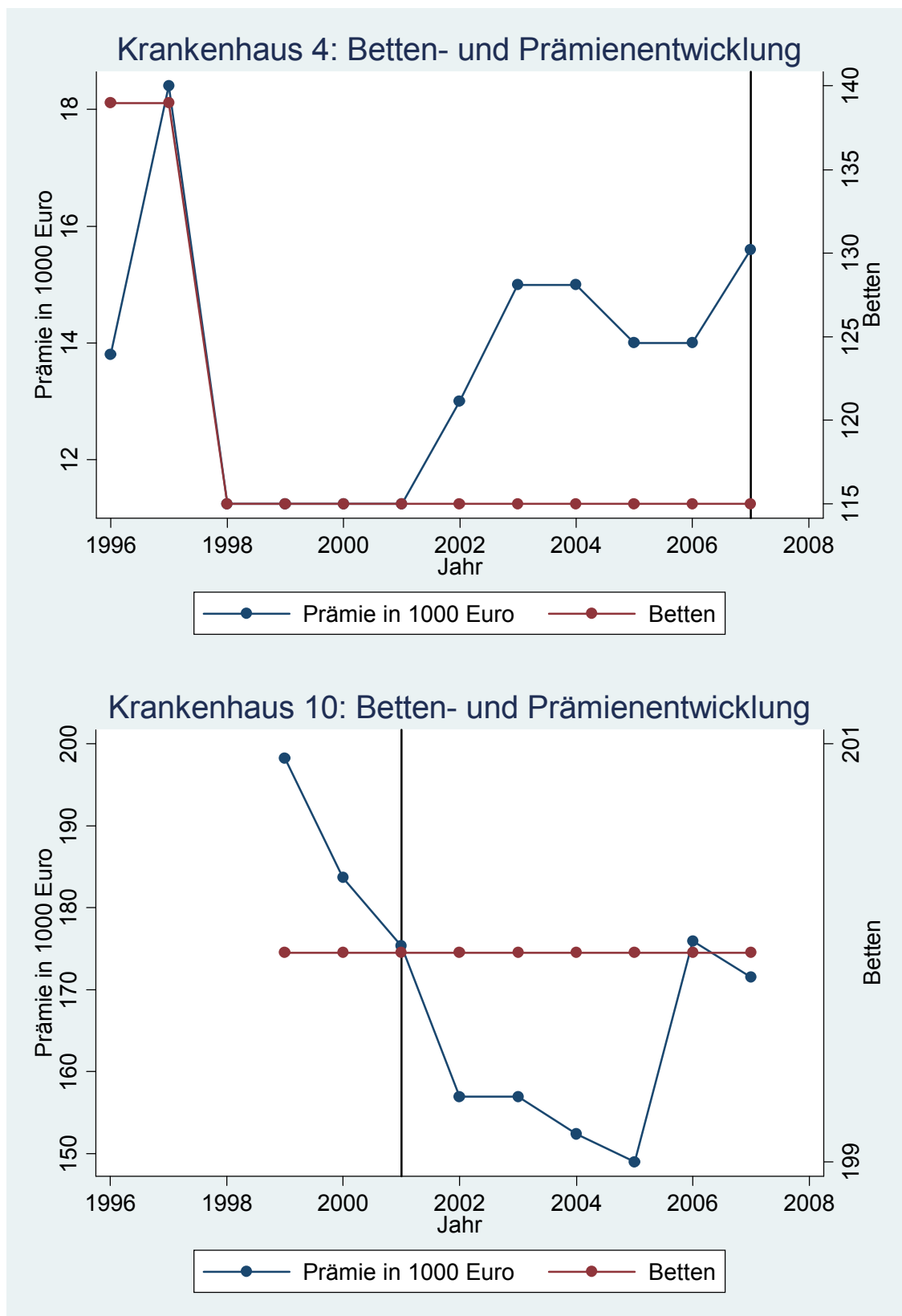
- Entscheidungen im Krankenhaus*, edited by W. von Eiff. Wegscheid: WIKOM GmbH, S. 11-42.
- von Eiff, W., and C. Middendorf. 2004. Klinisches Risikomanagement - kein Bedarf für deutsche Krankenhäuser? *das Krankenhaus* (07/2004):S. 537-542.
- . 2006. Klinisches Risikomanagement - CKM Trendstudie zur Umsetzung in deutschen Krankenhäusern. In *Risikomanagement - Kosten-/Nutzenbasierte Entscheidungen im Krankenhaus* edited by W. von Eiff. Wegscheid: WIKOM GmbH, S. 45-57.
- von Hardenberg, N. 2008. Die Kunst, einen Fehler nachzuweisen. *Süddeutsche Zeitung vom 04.06.2008*.
- von Heusinger, M., and C. Schenkel-Häger. 2006. Risk Management als ein Teil der Krankenhausorganisation. In *Risikomanagement - Kosten-/Nutzenbasierte Entscheidungen im Krankenhaus*, edited by W. von Eiff. Wegscheid: WIKOM GmbH, S. 104-126.
- von Schassen, B. 1993. Unkalkulierbares Risiko. *FOCUS ONLINE* 1993 (Nr. 38).
- Weidinger, P. 2004. Aus der Praxis eines Heilwesensversicherers: Aktuelle Entwicklungen in der Arzt- und Krankenhaushaftpflicht. *Medizinrecht : MedR* (22/2004):S. 289-295.
- . 2006. Aus der Praxis für Haftpflichtversicherungen für Ärzte und Krankenhäuser - Statistik, neue Risiken und Qualitätsmanagement. *MedR - Medizinrecht* (24/2006):S. 571-580.
- Westfälische-Provinzial-Versicherung-AG. 2007. Geschäftsbericht. Münster: Westfälische Provinzial Versicherung AG.
- White, H. 1980. A heteroskedasticity-consistent covariance matrix estimator and a direct test for heteroskedasticity. *Econometrica* 48:817–830.
- Zurich-Versicherung-AG. 2007. Geschäftsbericht. Bonn.

G. Anhang

Betten- und Prämienentwicklung
- inkl. Risikomanagement-Einführungszeitpunkt -
je Haus

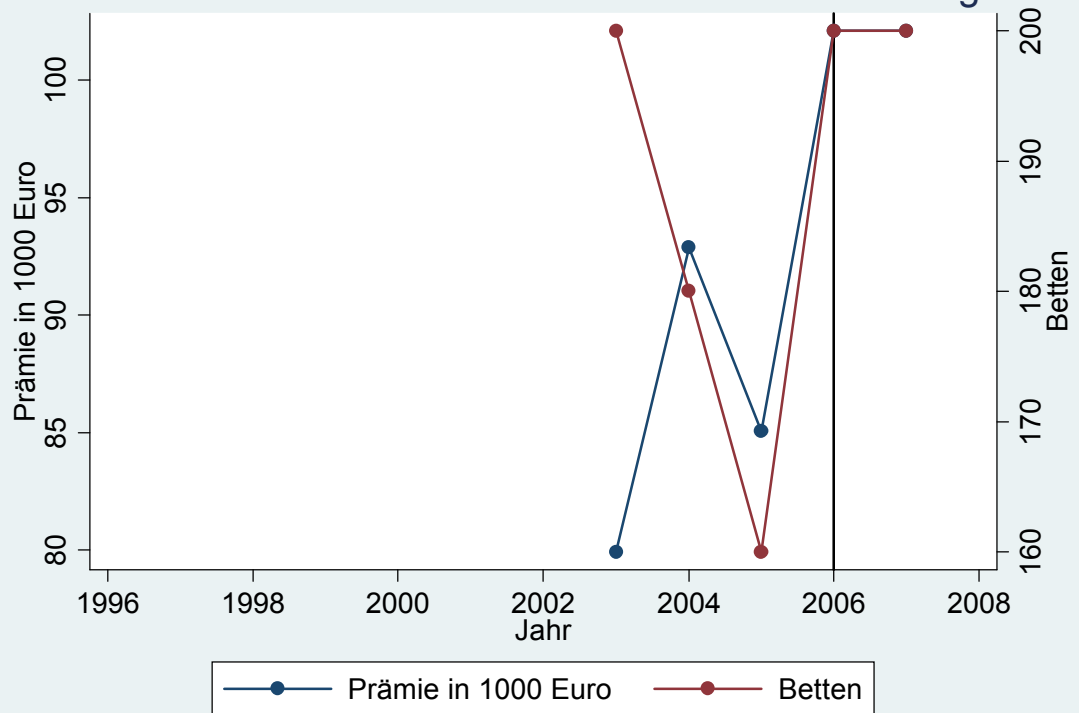


Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.

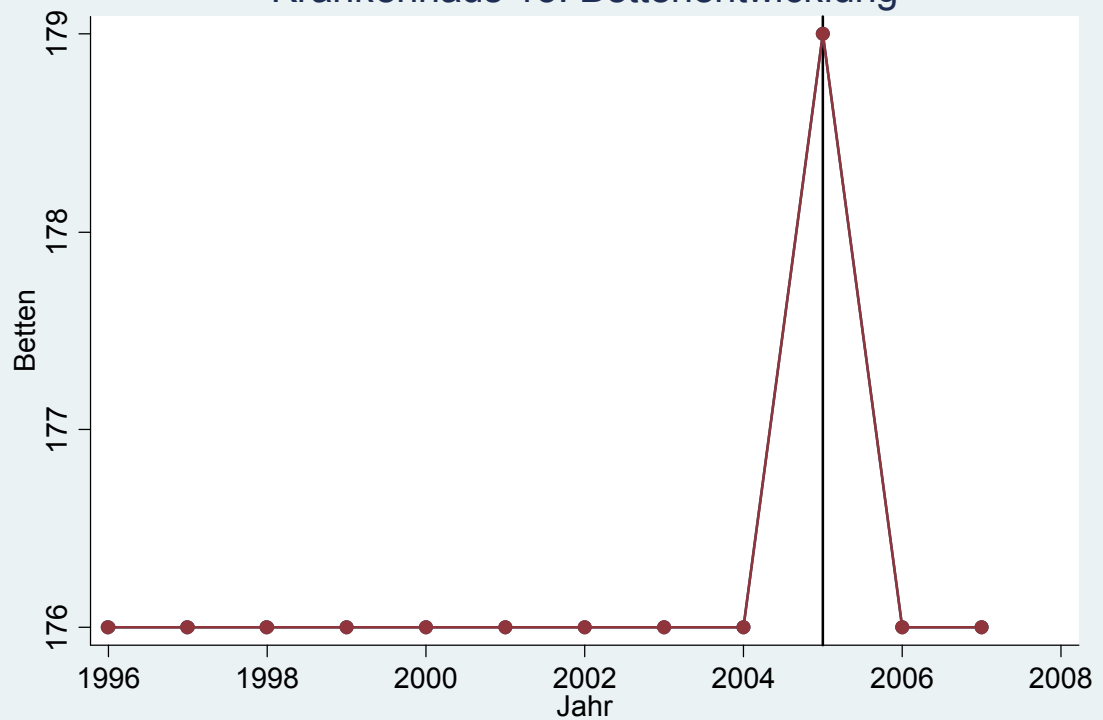


Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.

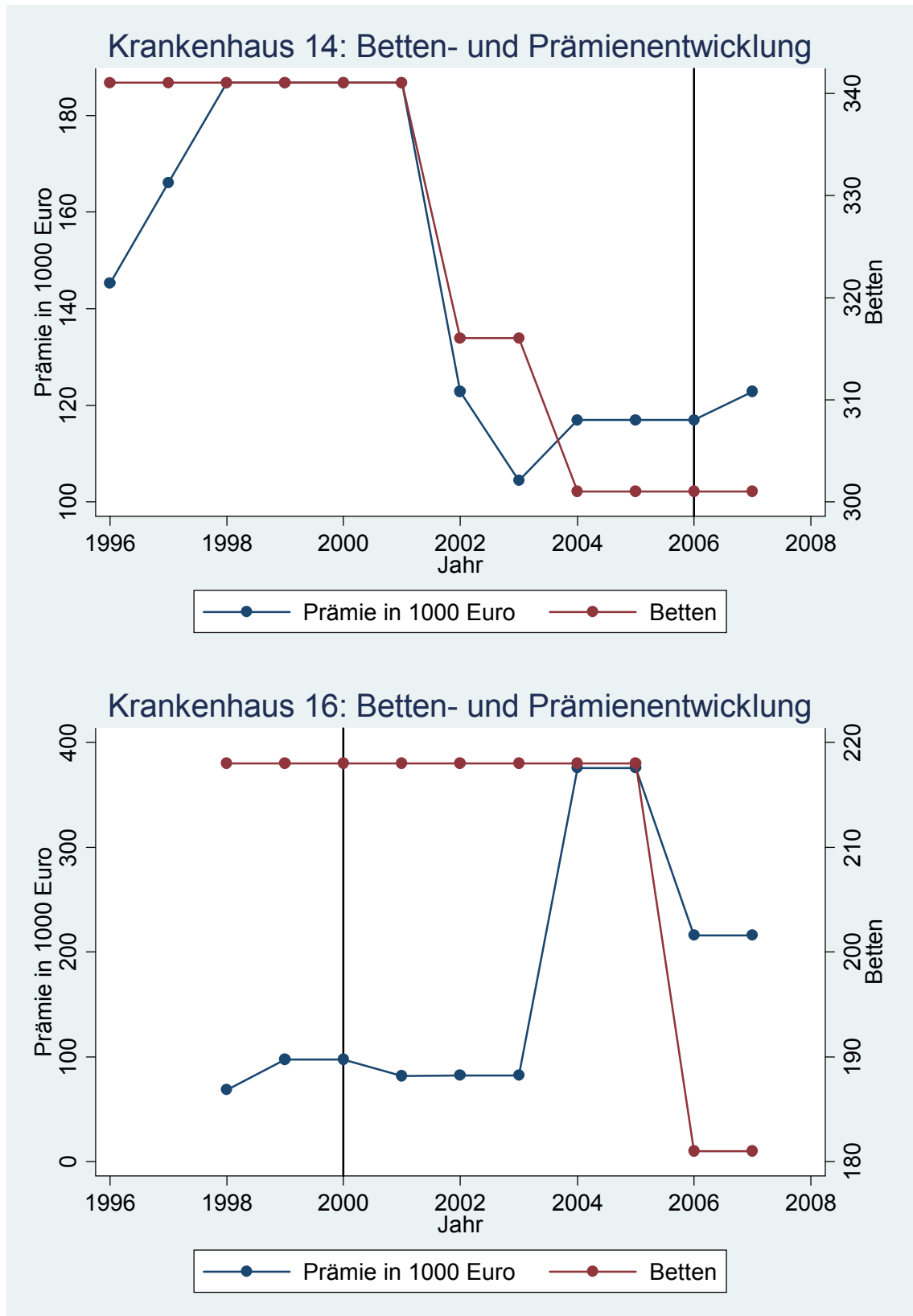
Krankenhaus 12: Betten- und Prämienentwicklung



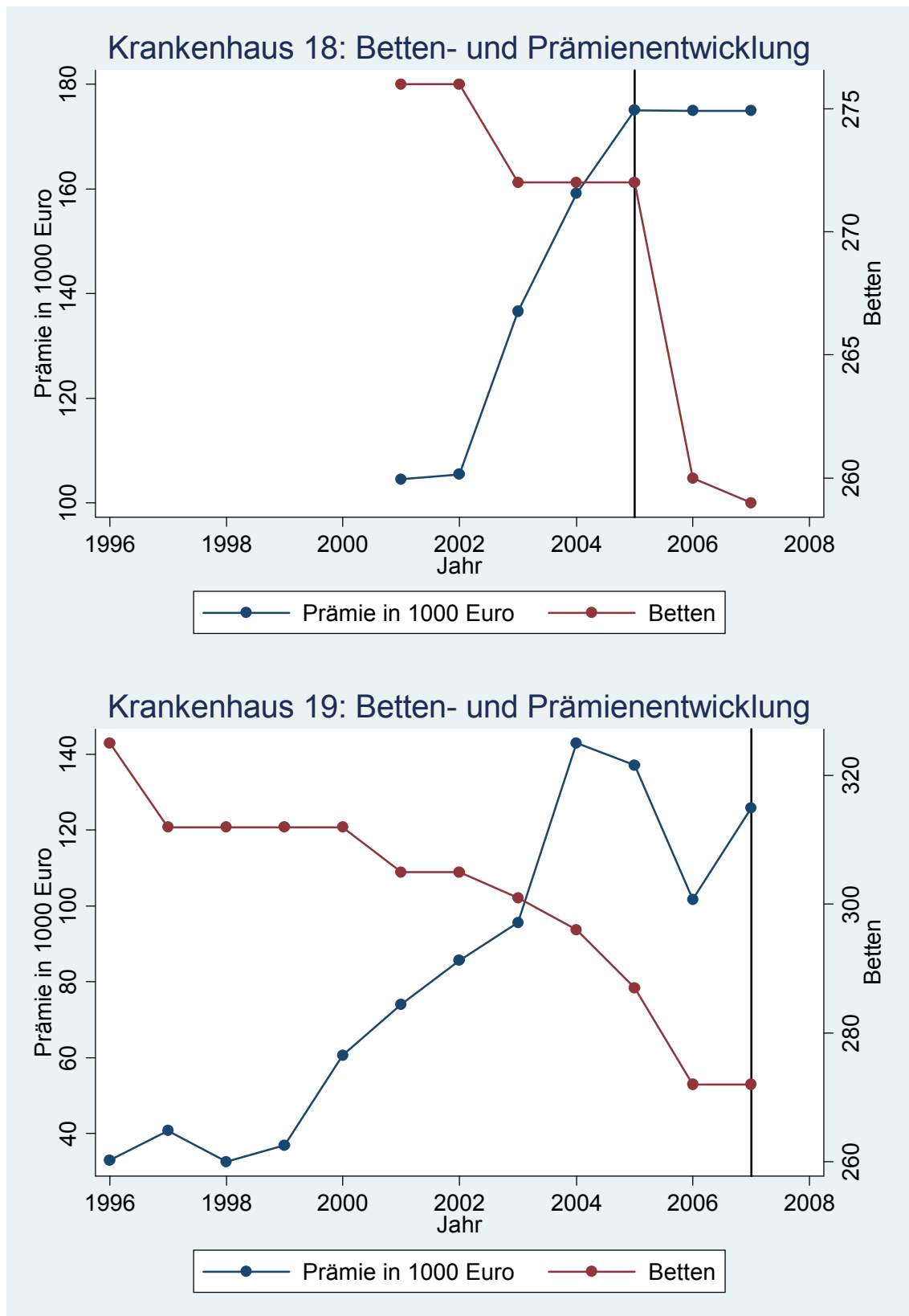
Krankenhaus 13: Bettenentwicklung



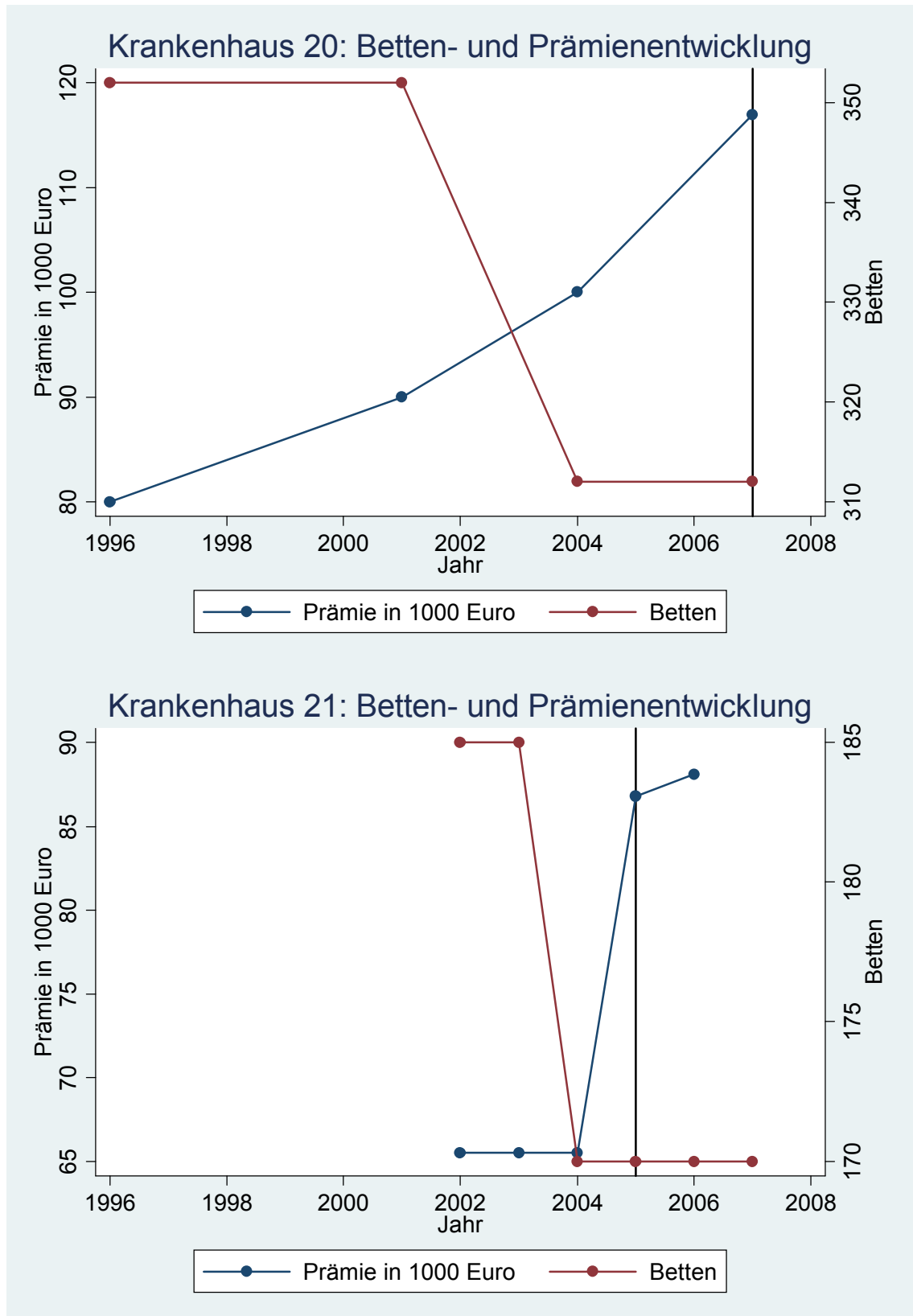
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



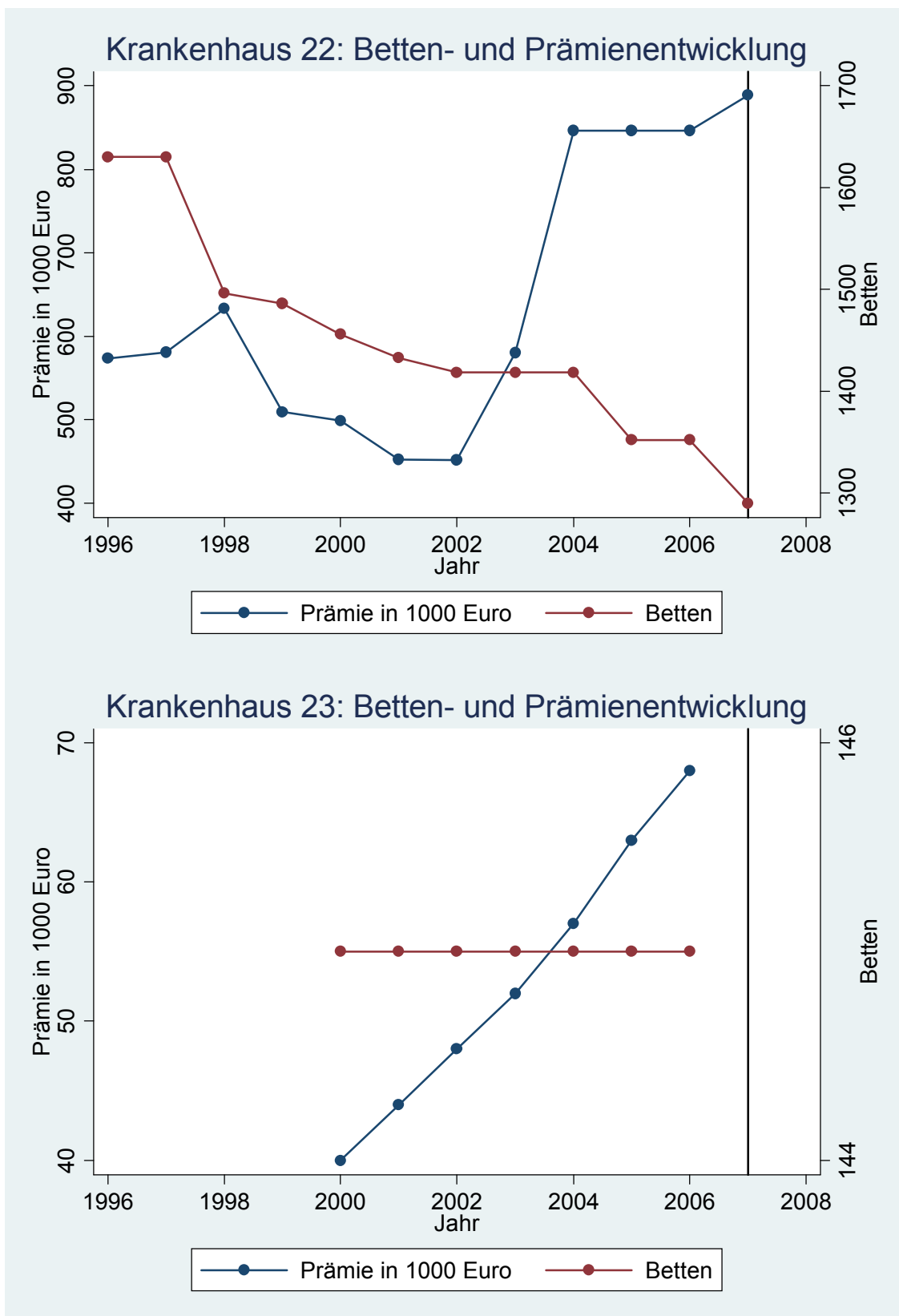
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



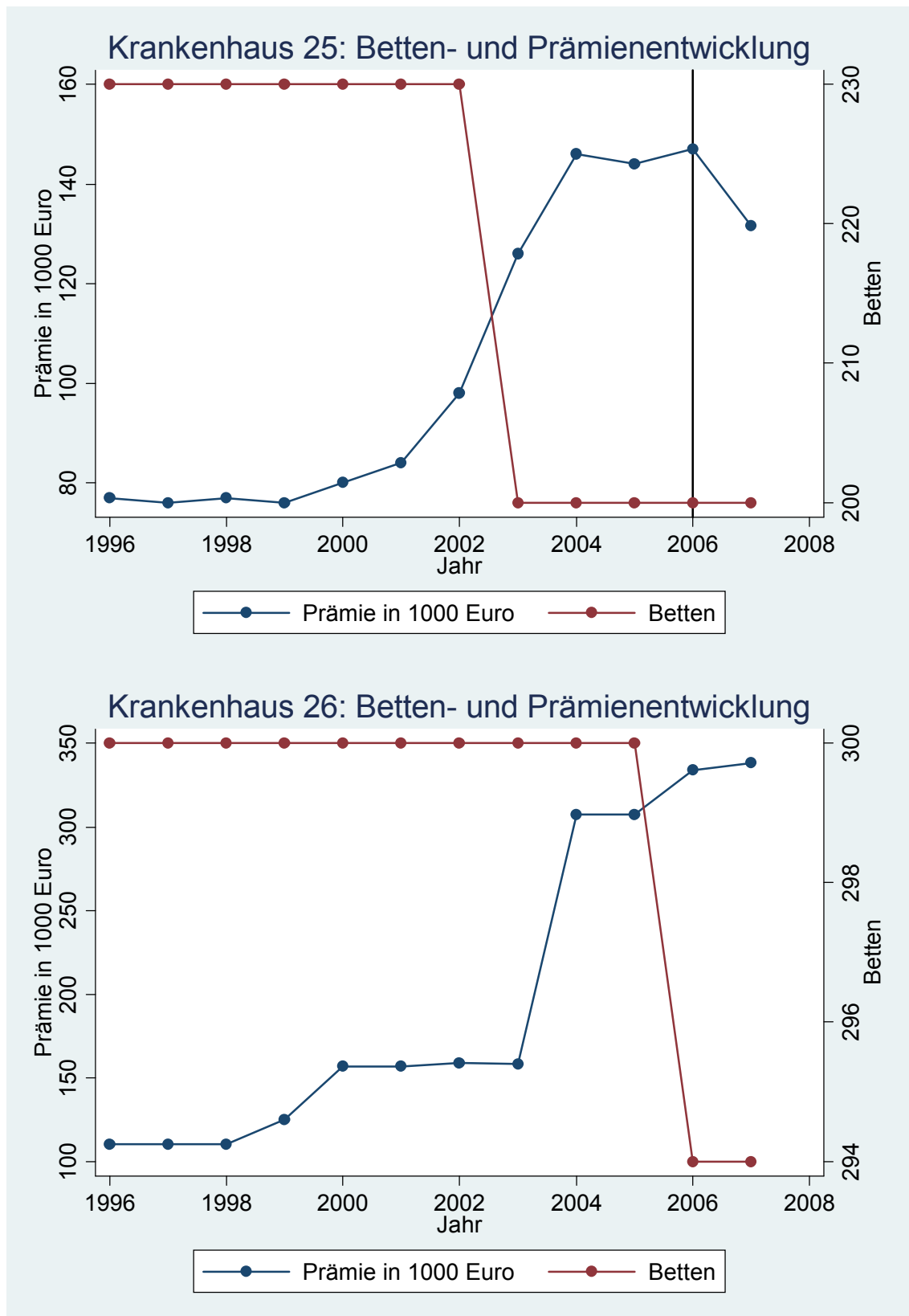
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



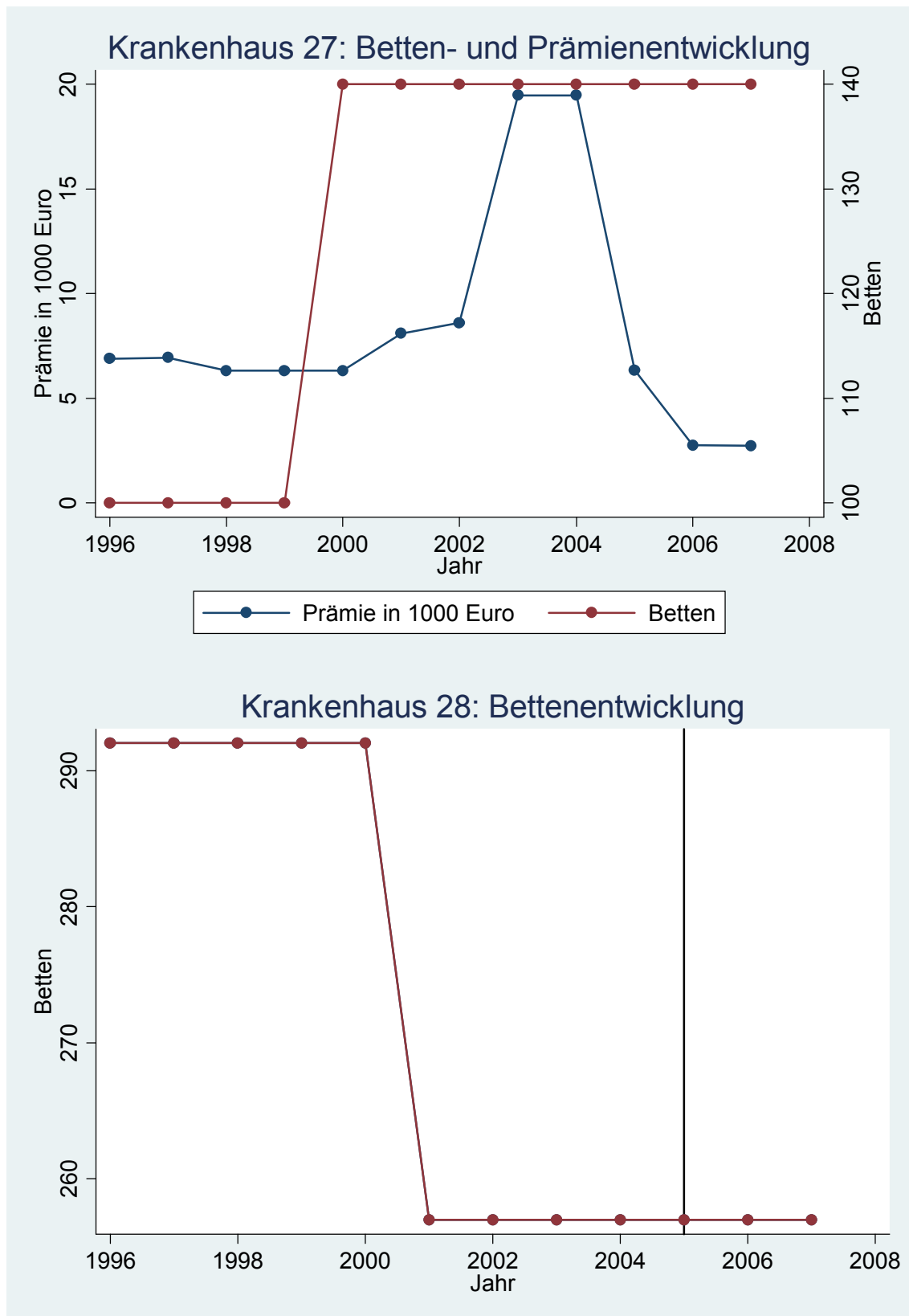
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.

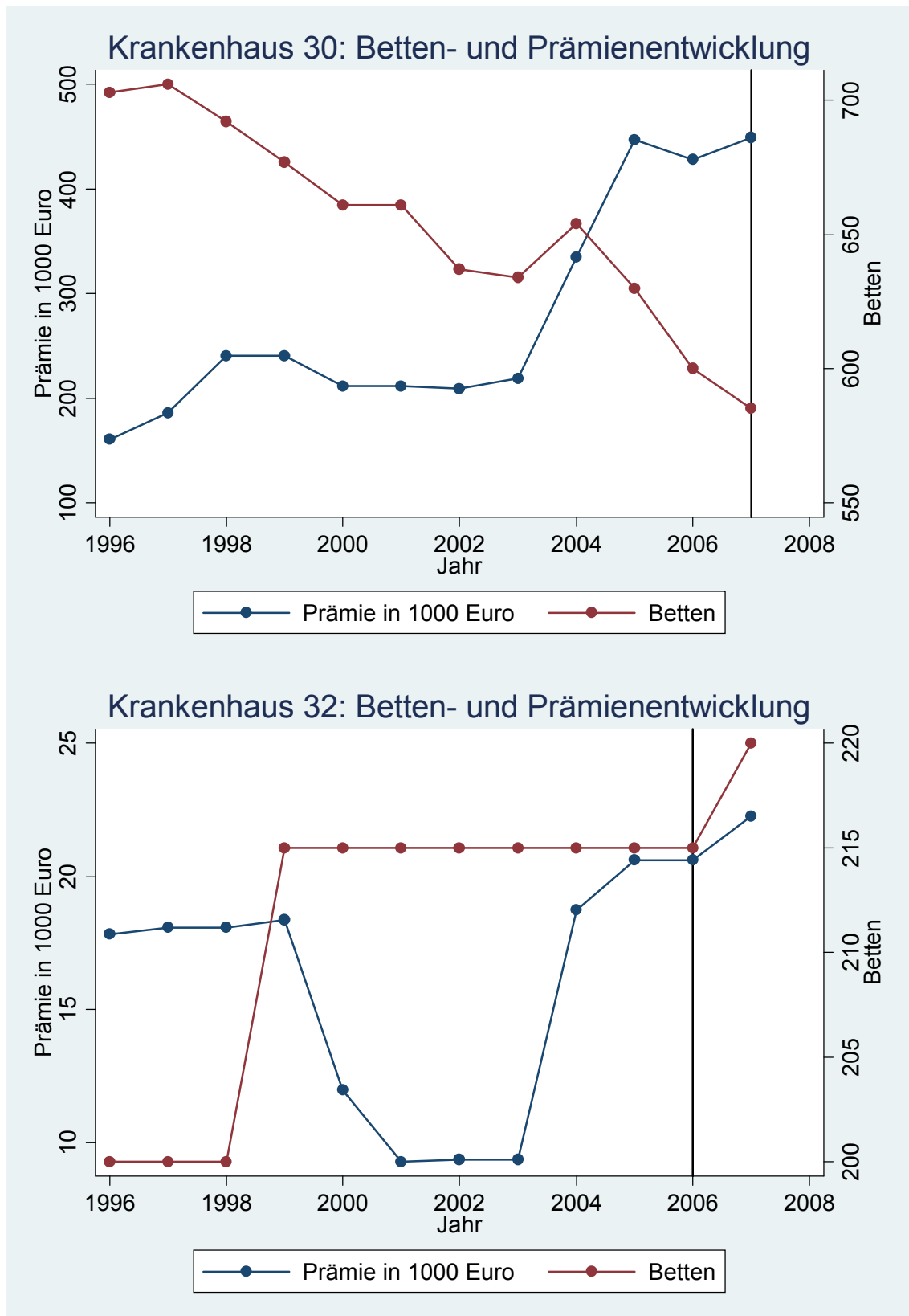


Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.

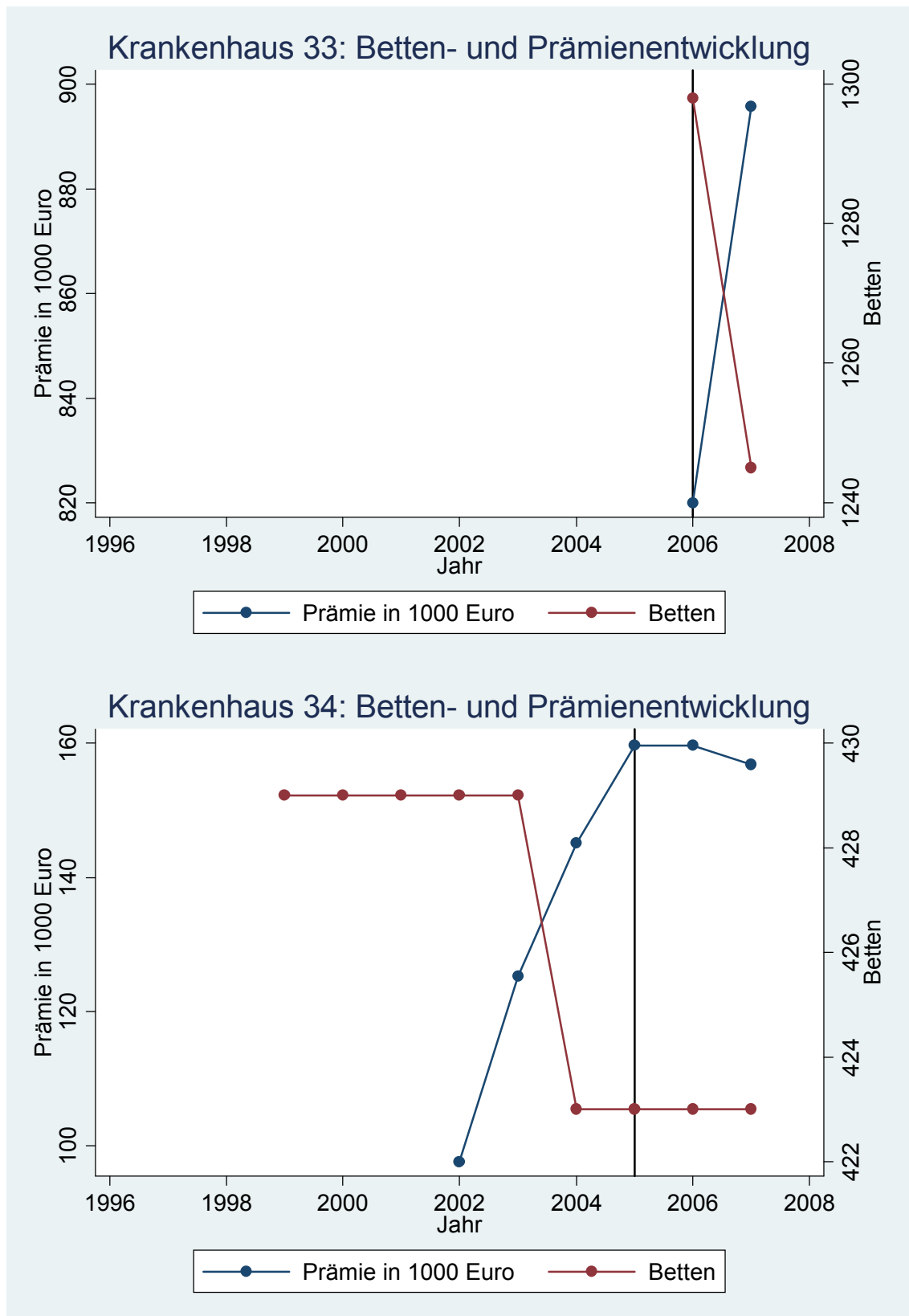


Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.

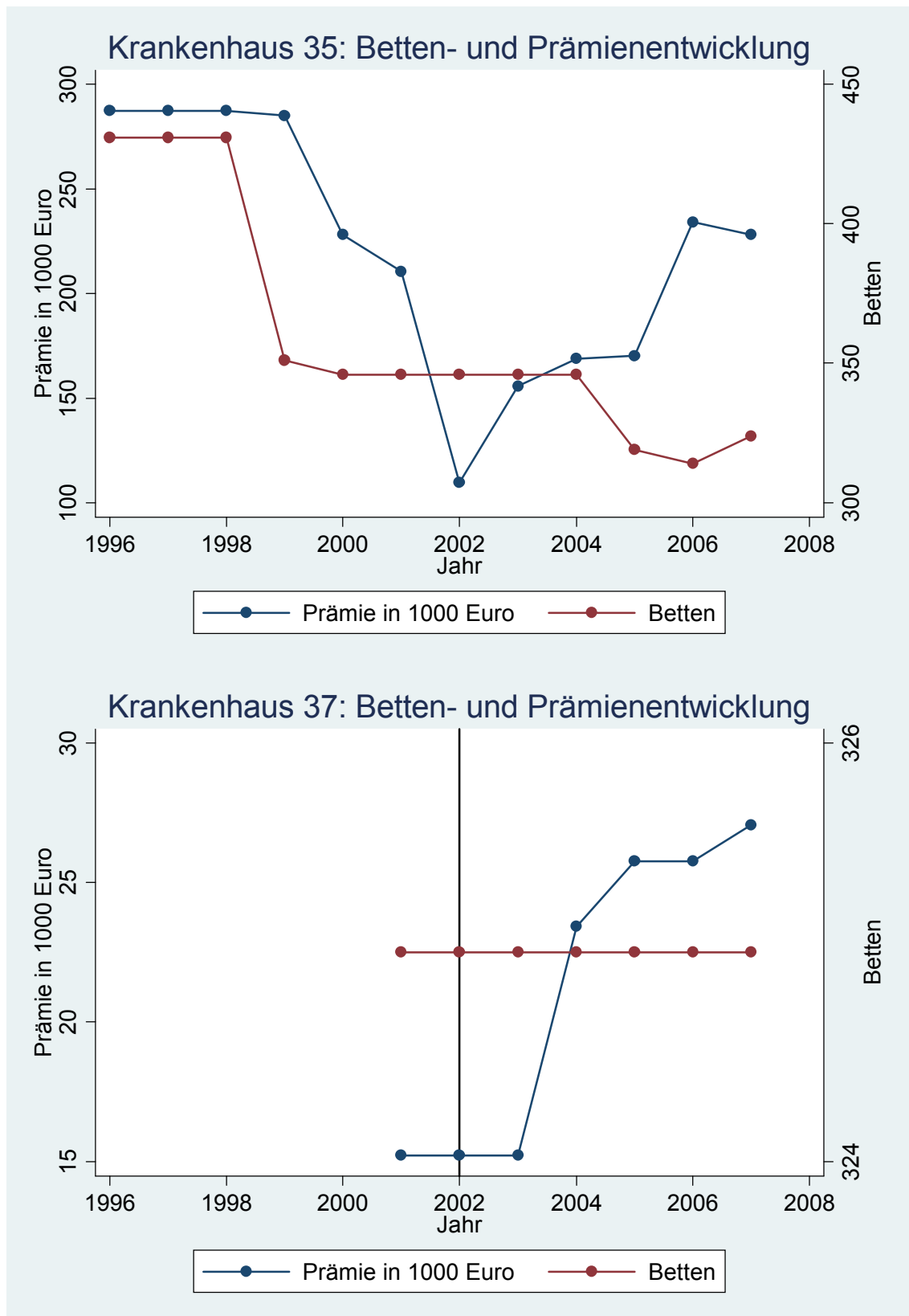




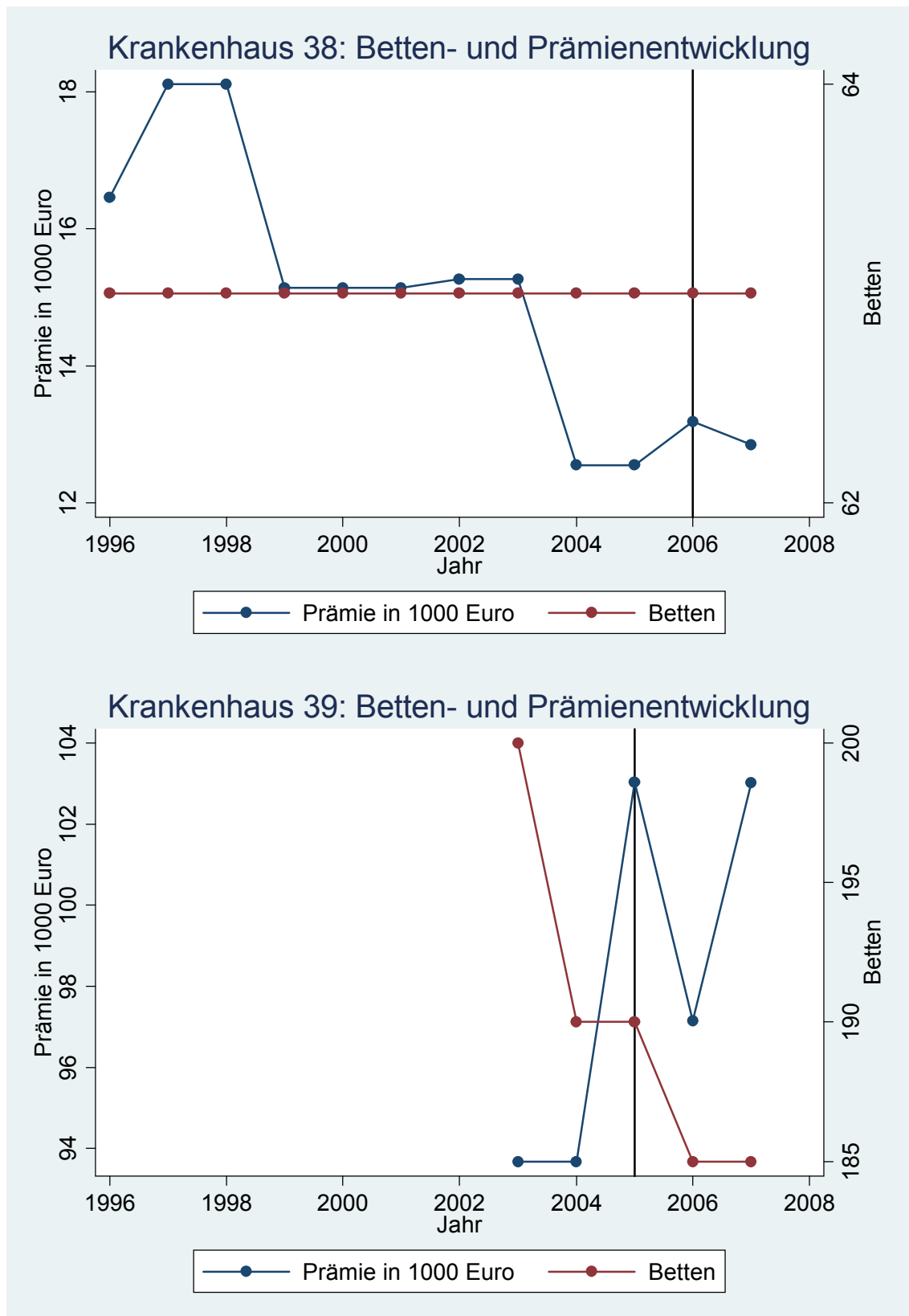
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



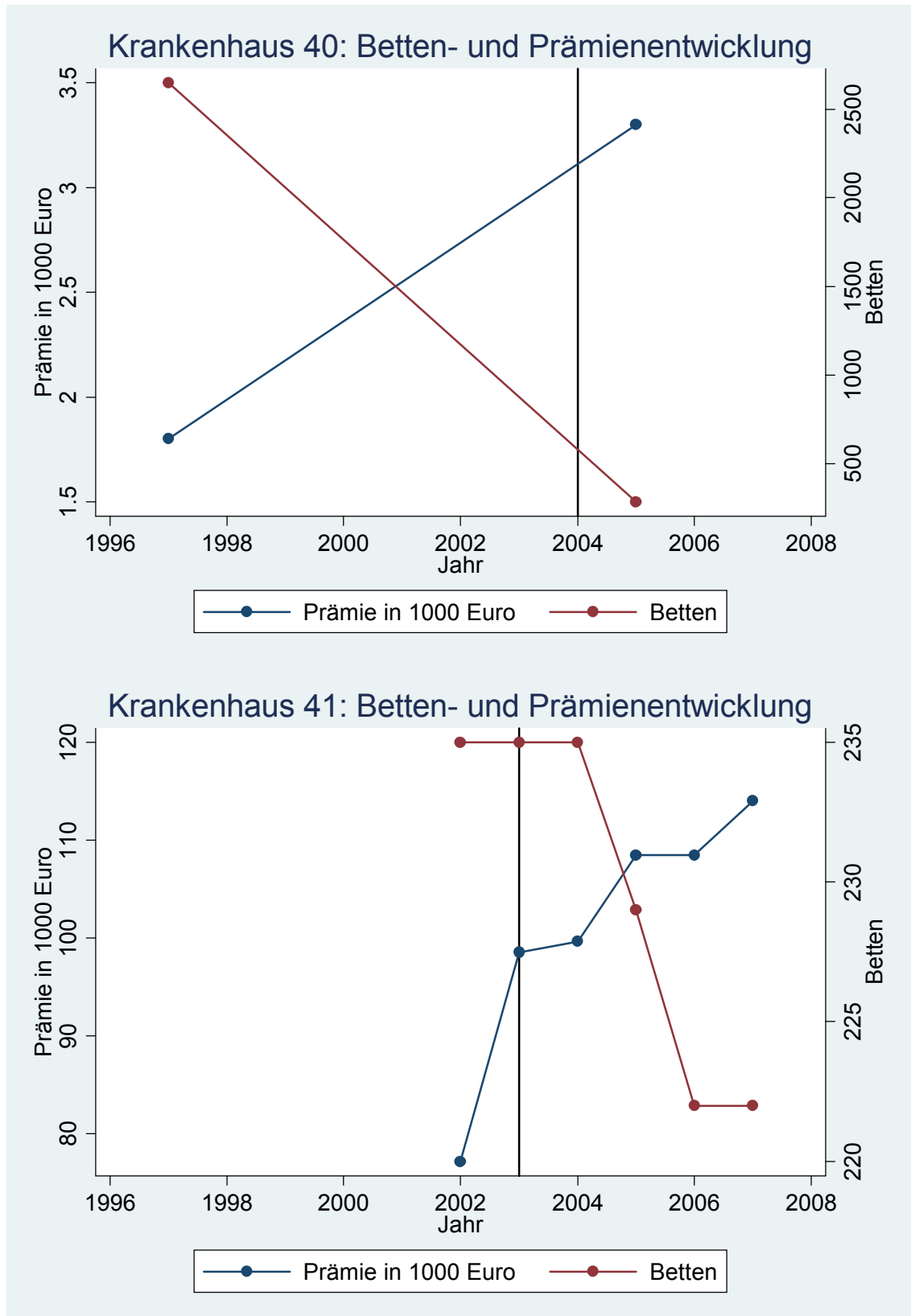
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.

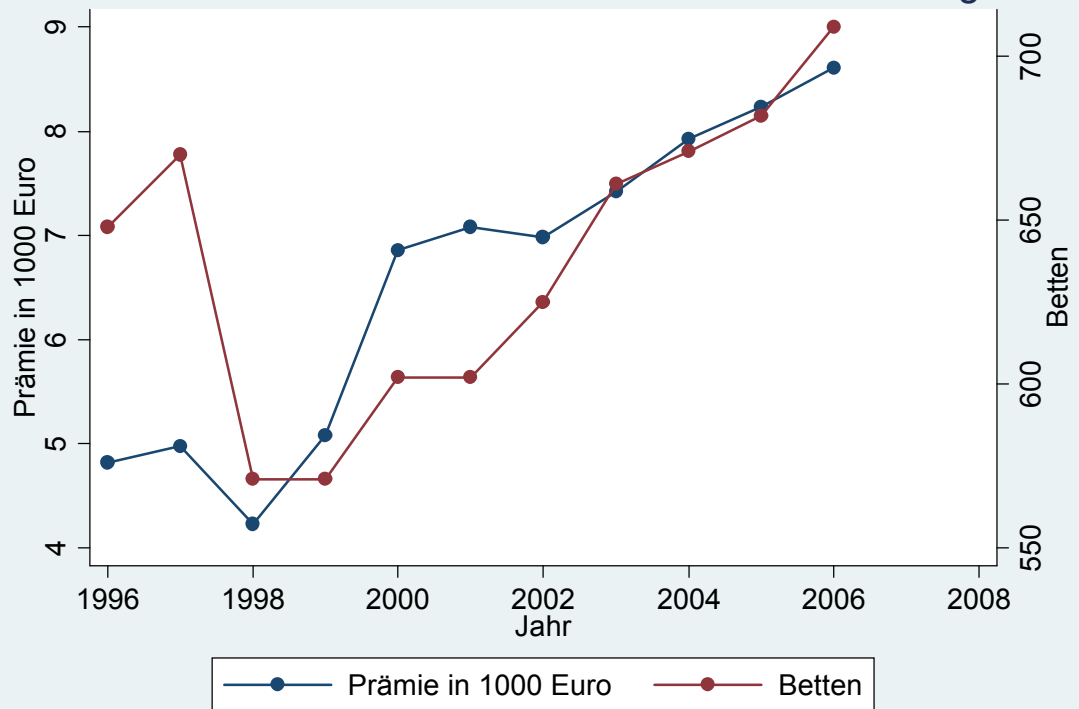


Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.

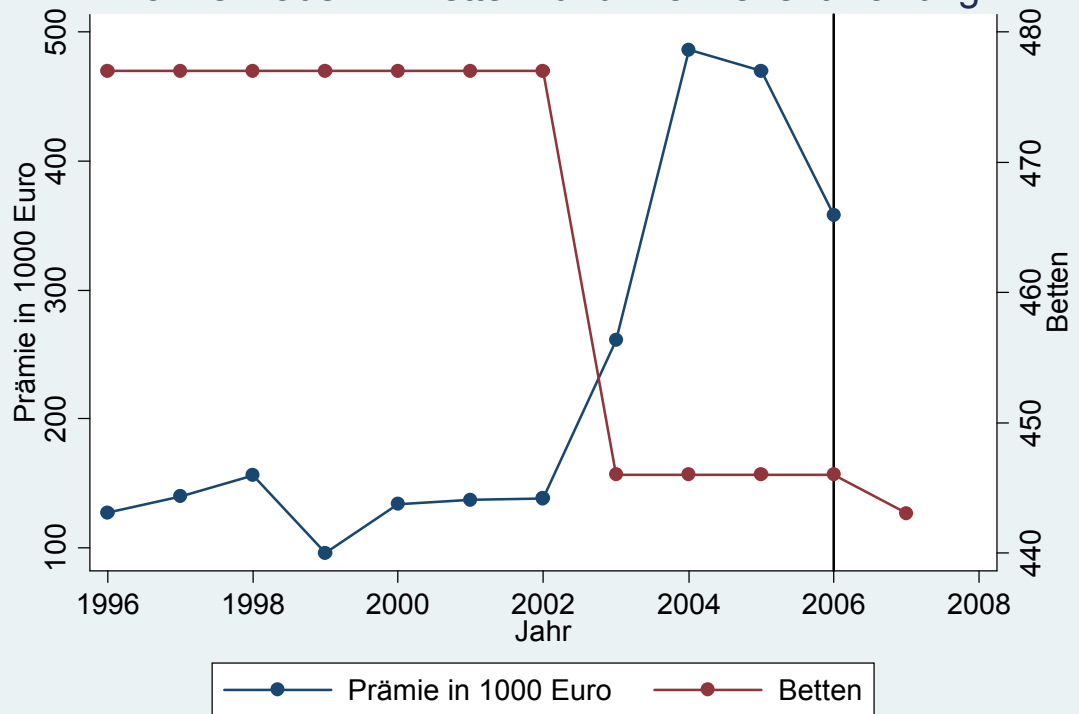


Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.

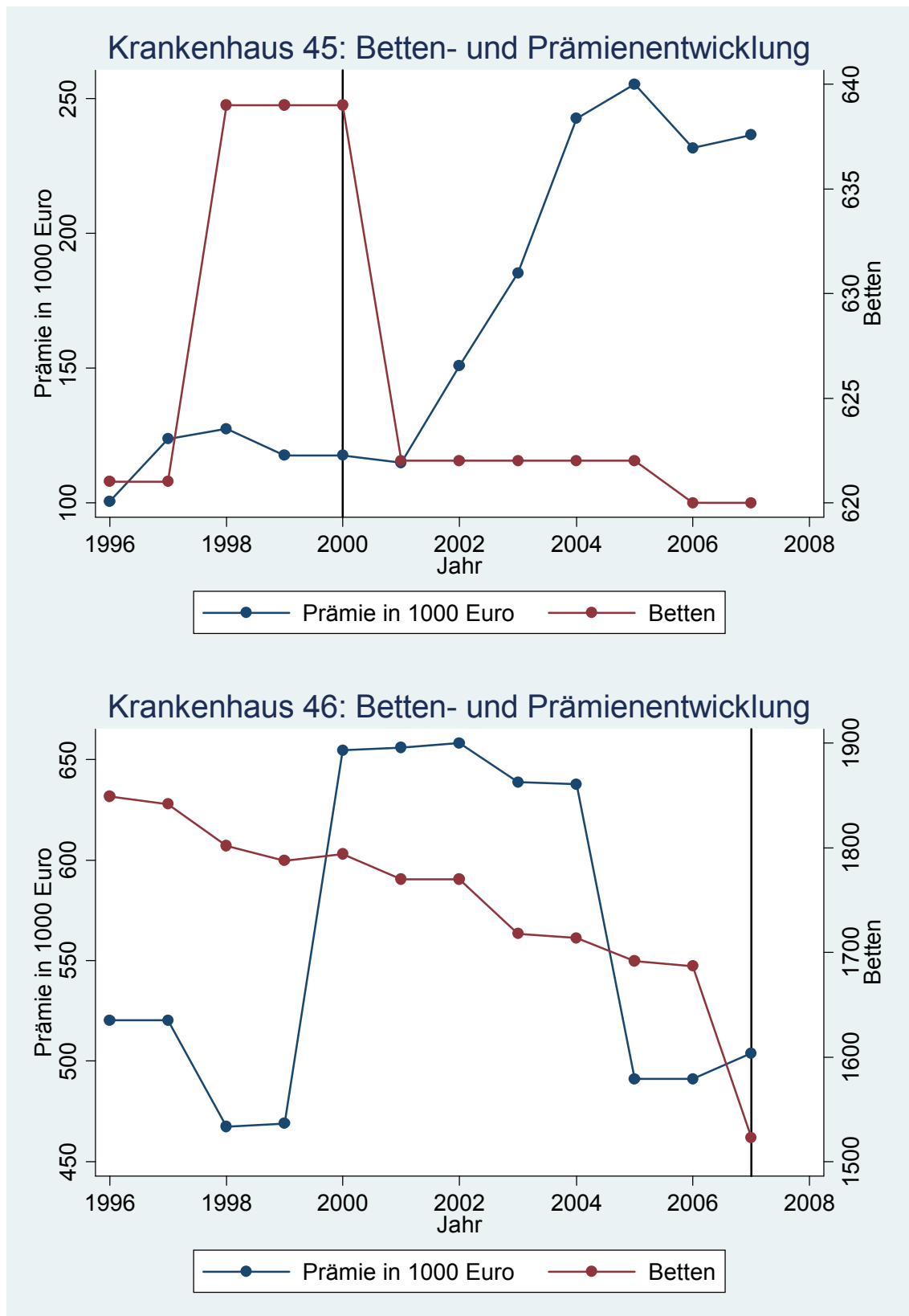
Krankenhaus 42: Betten- und Prämienentwicklung



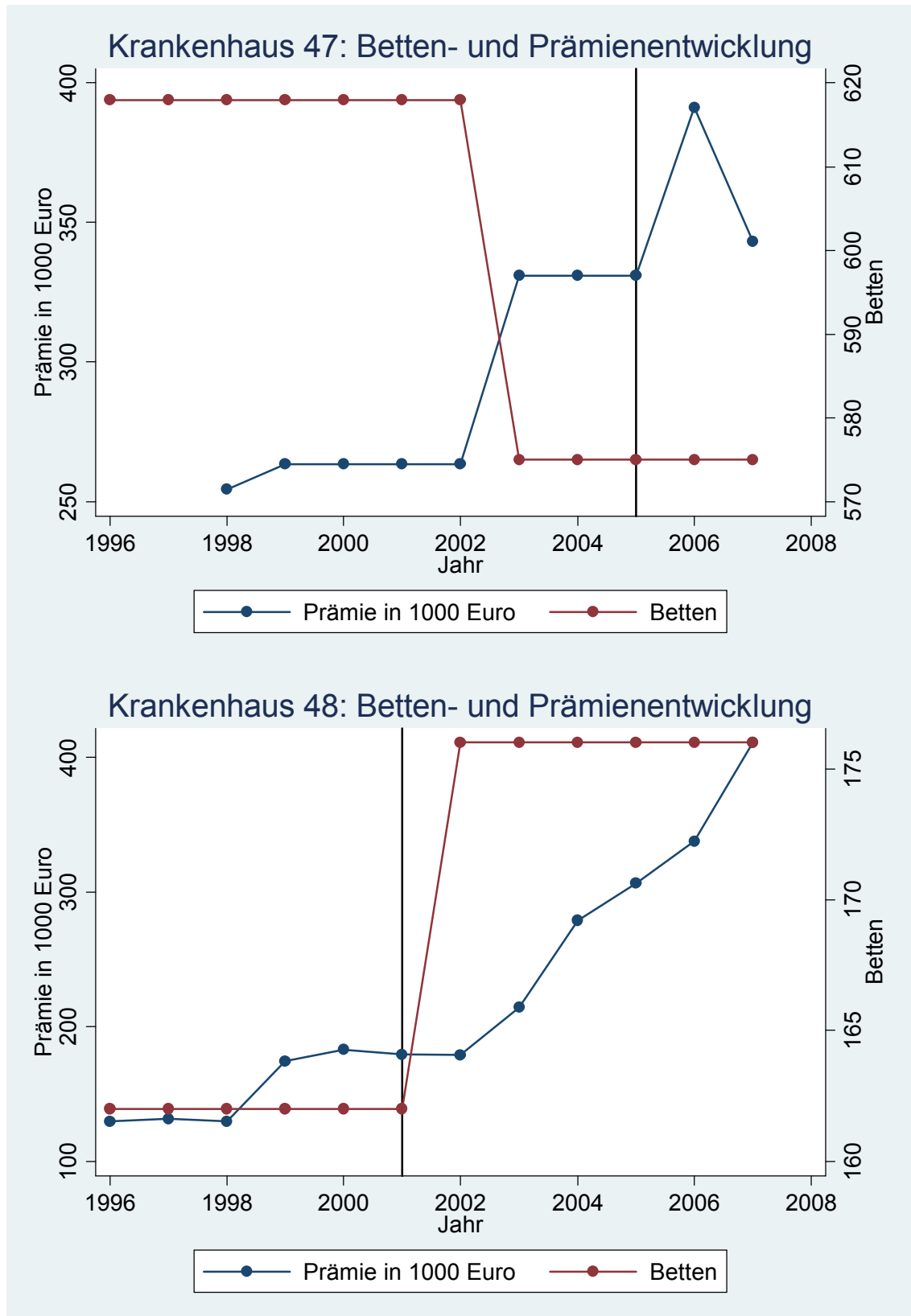
Krankenhaus 44: Betten- und Prämienentwicklung



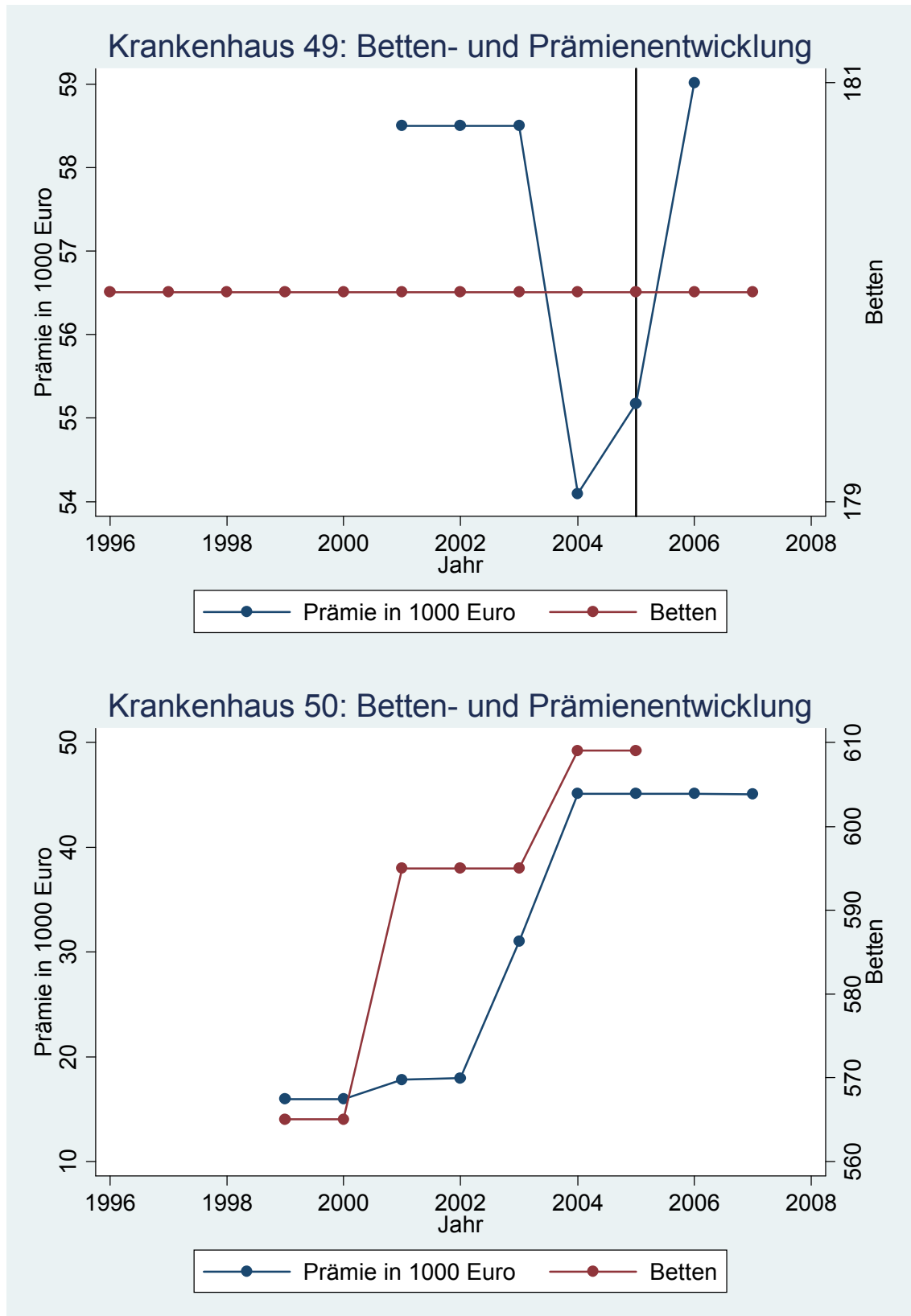
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



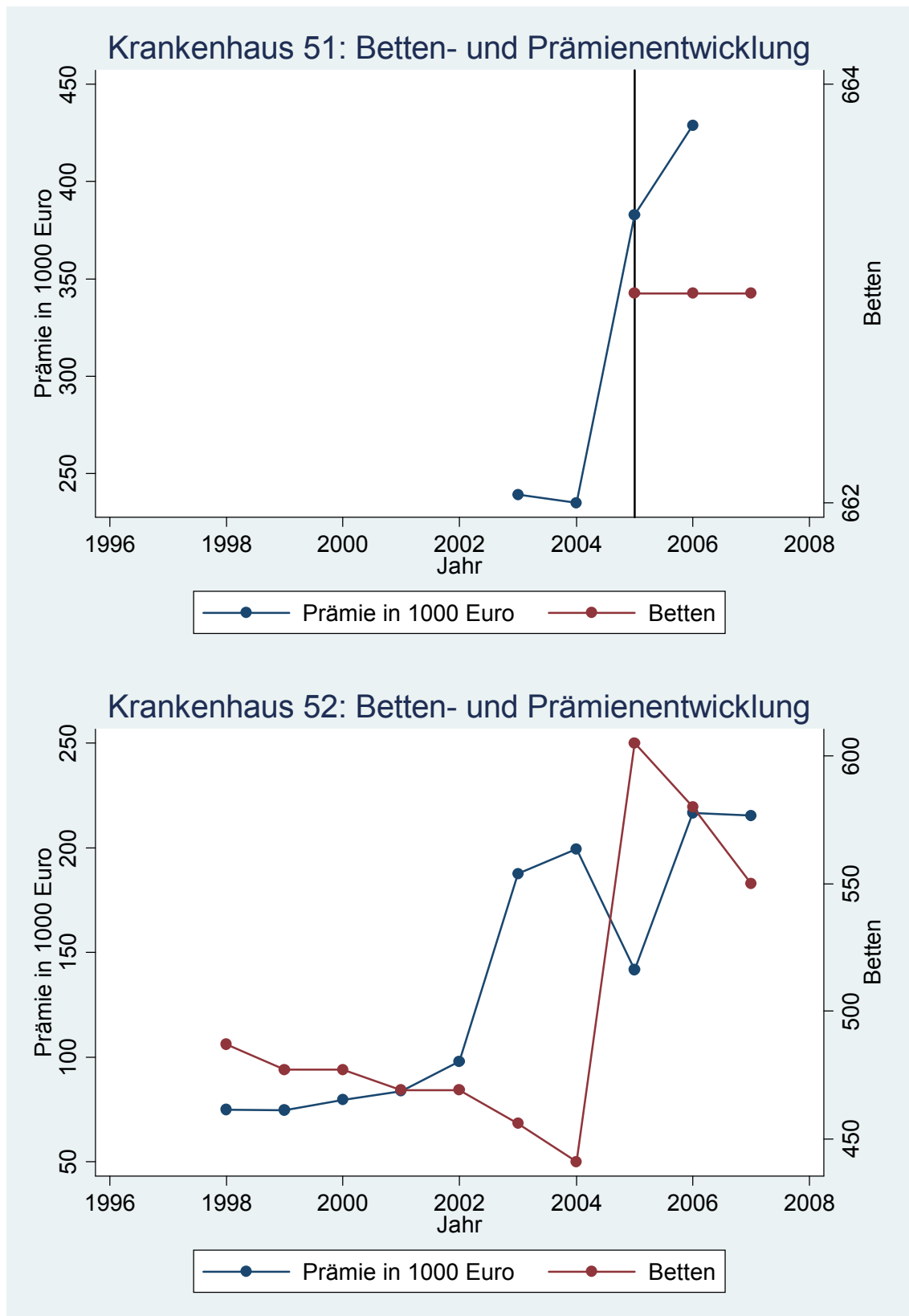
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



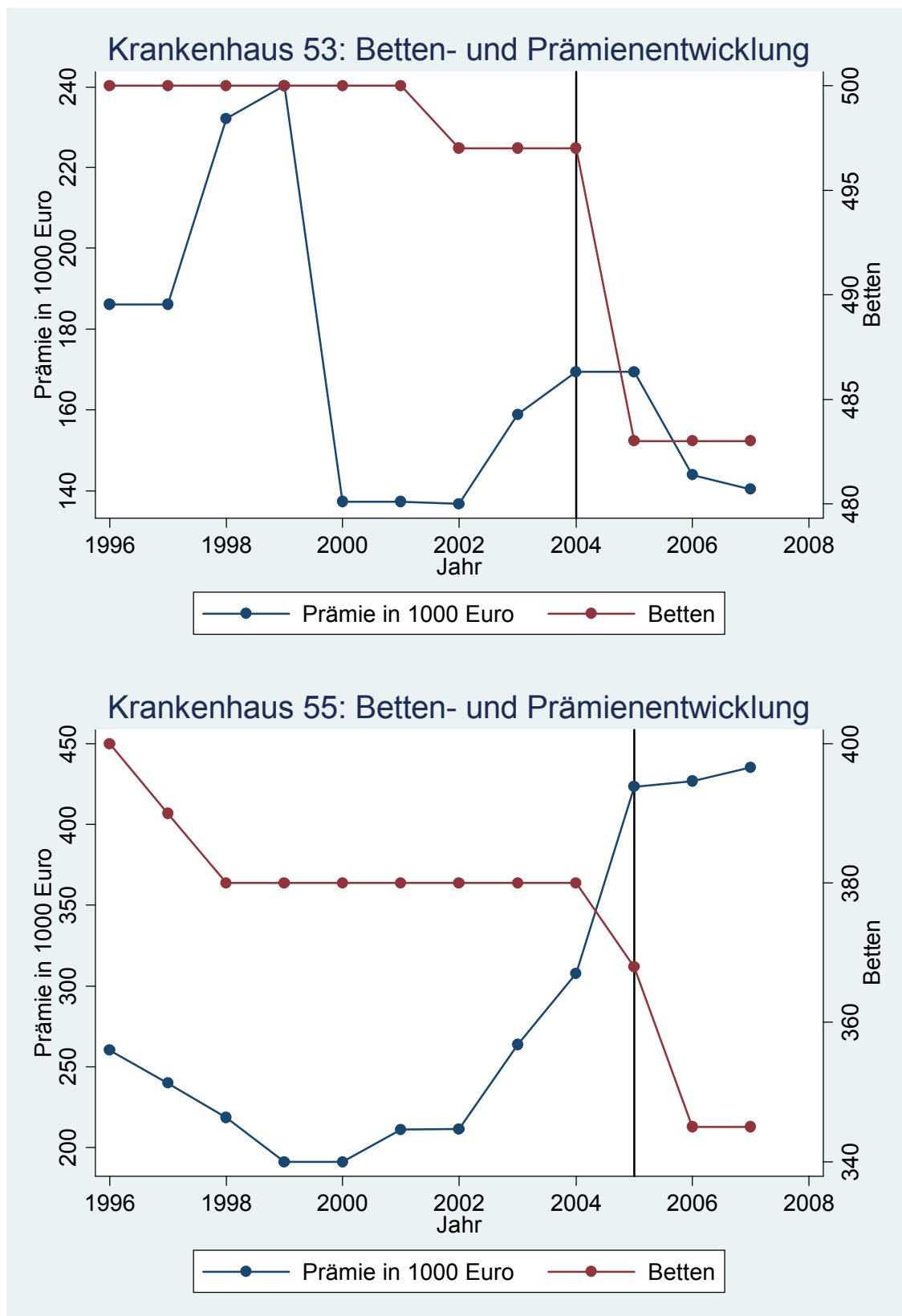
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



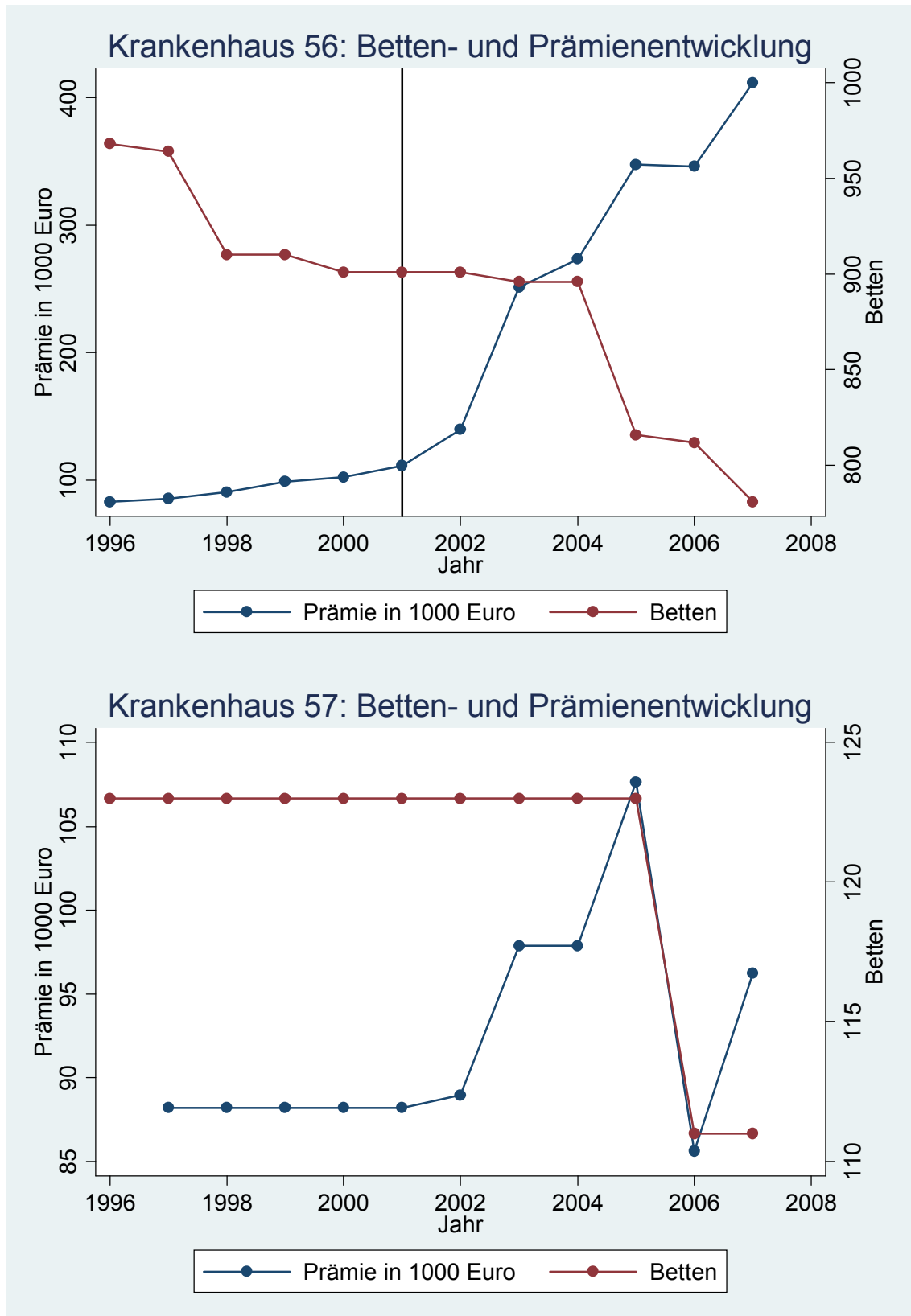
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.

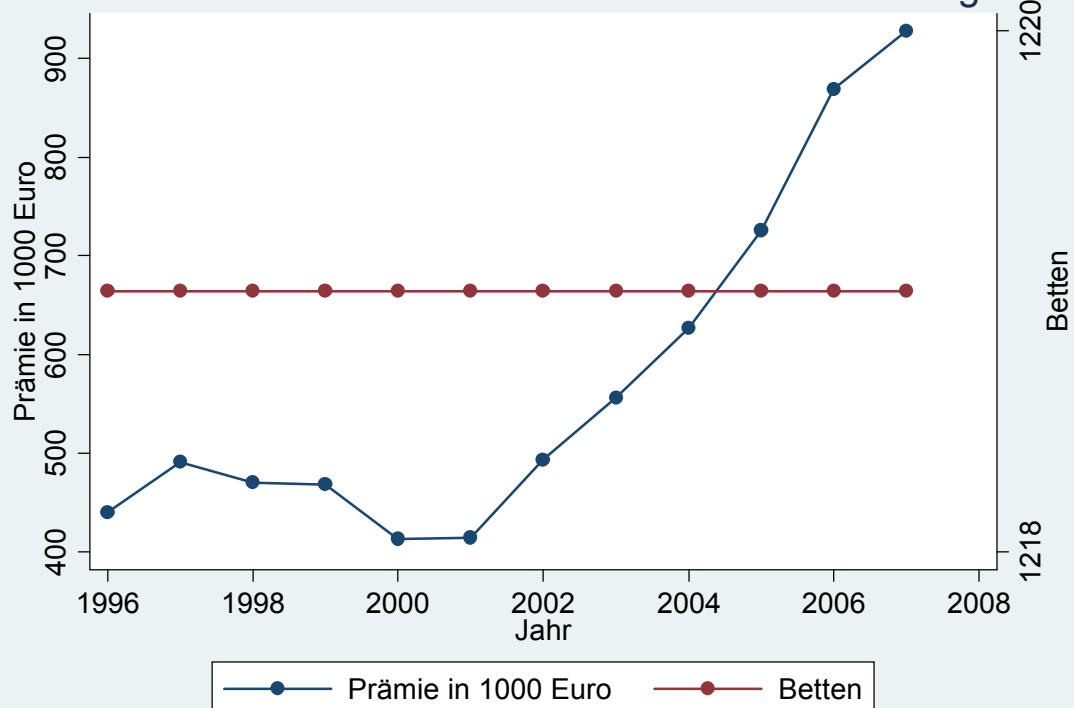


Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.

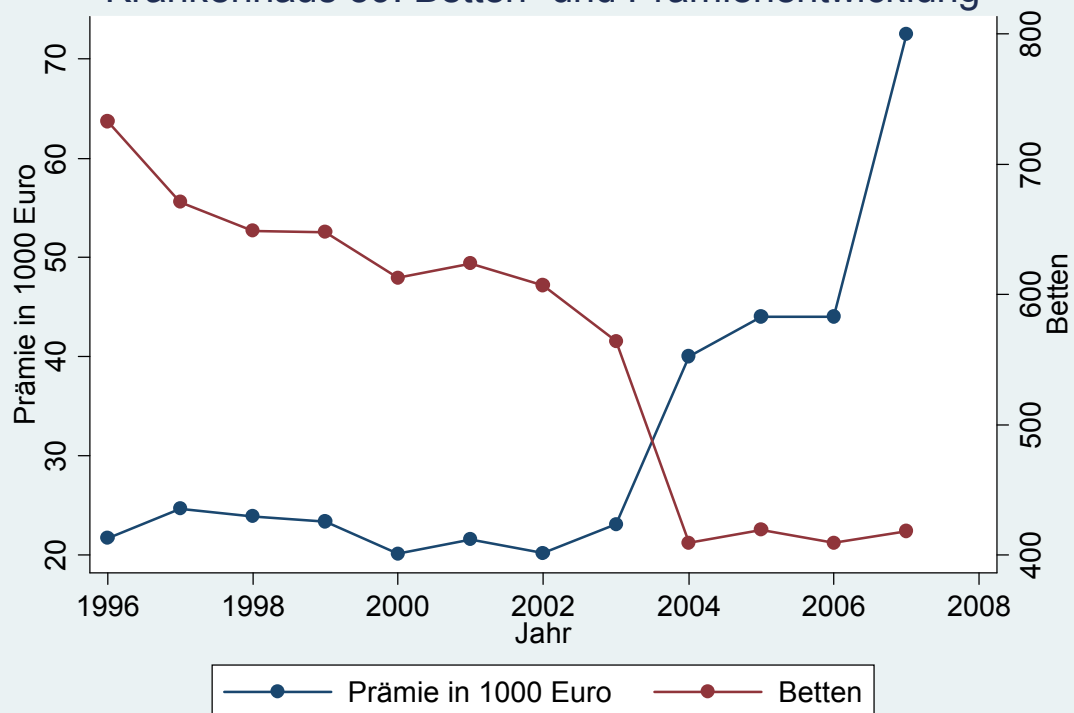


Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.

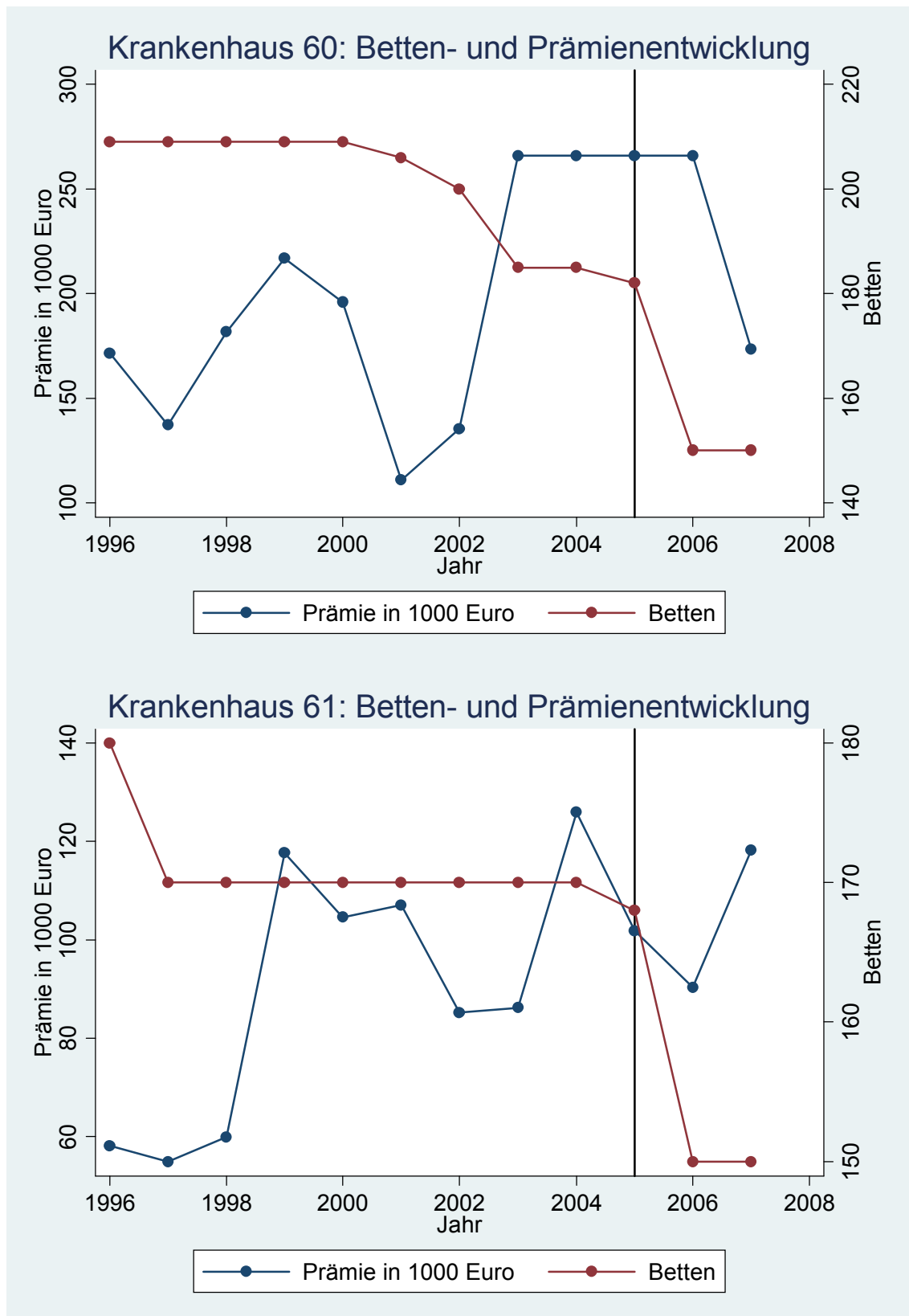
Krankenhaus 58: Betten- und Prämienentwicklung



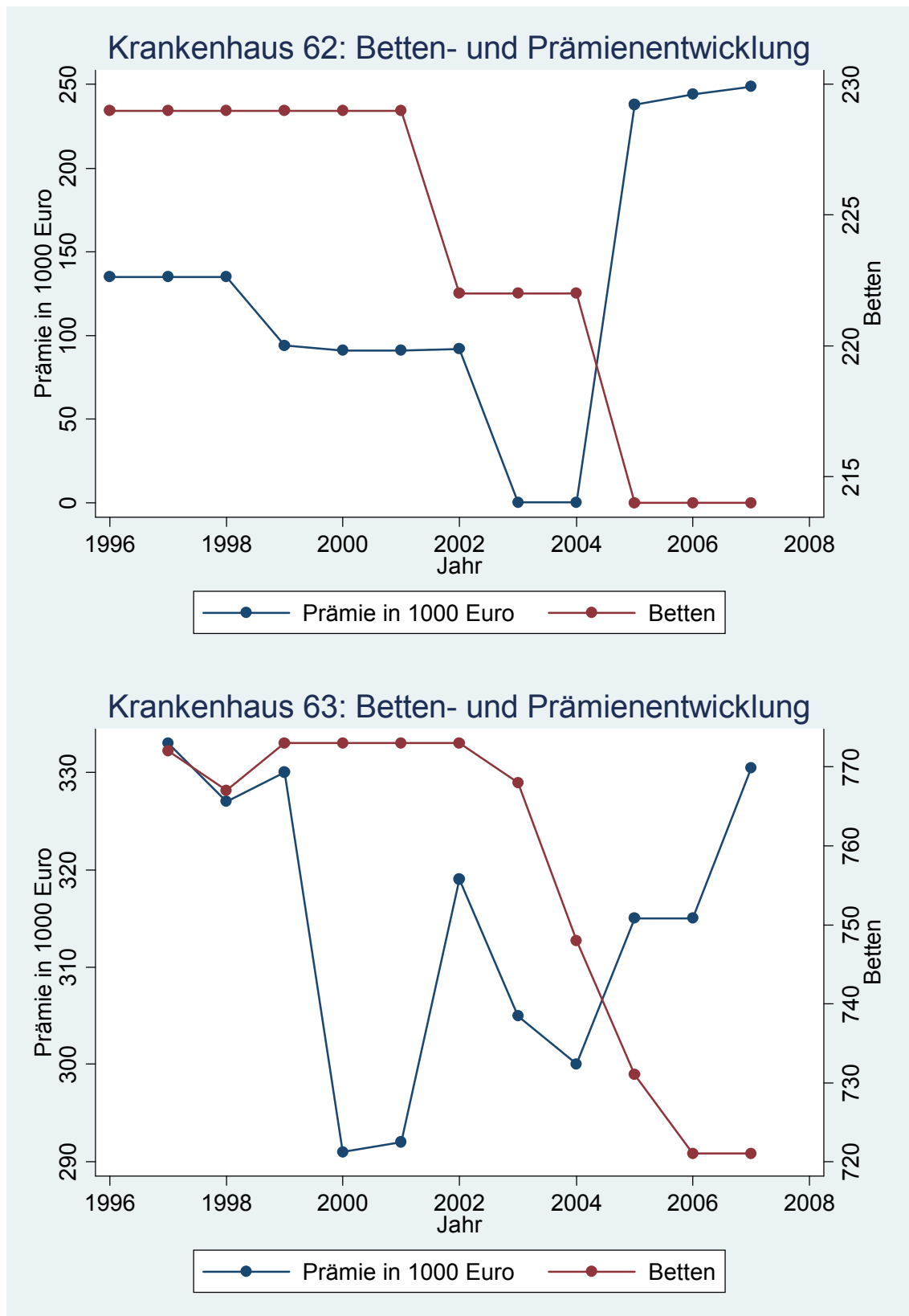
Krankenhaus 59: Betten- und Prämienentwicklung



Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.

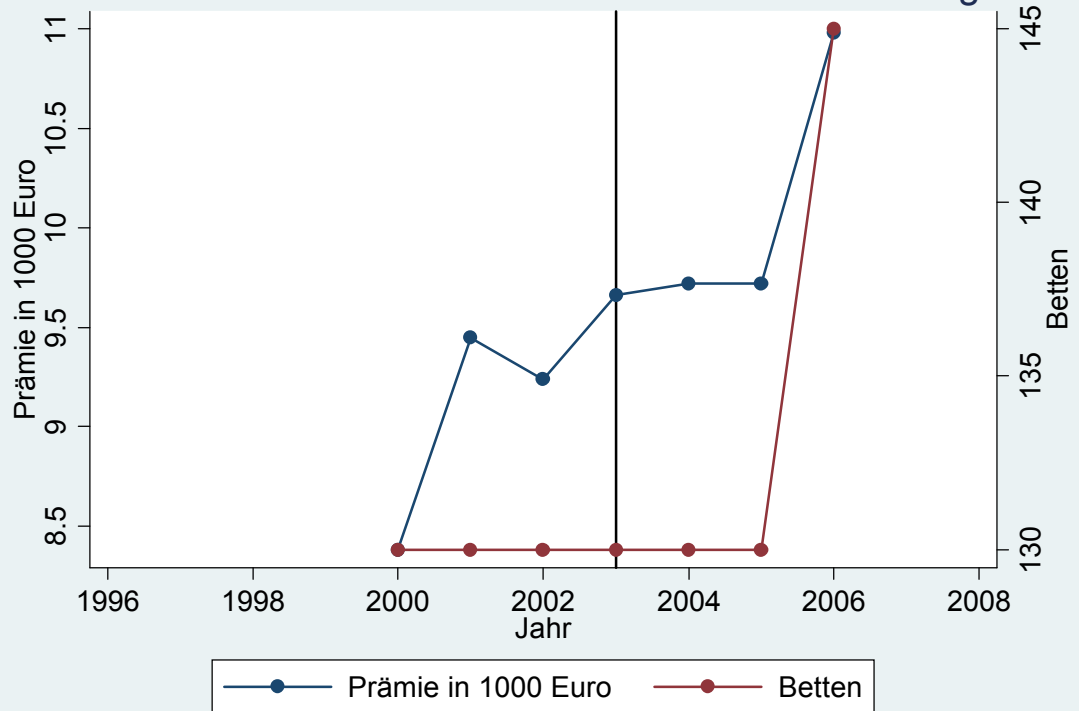


Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.

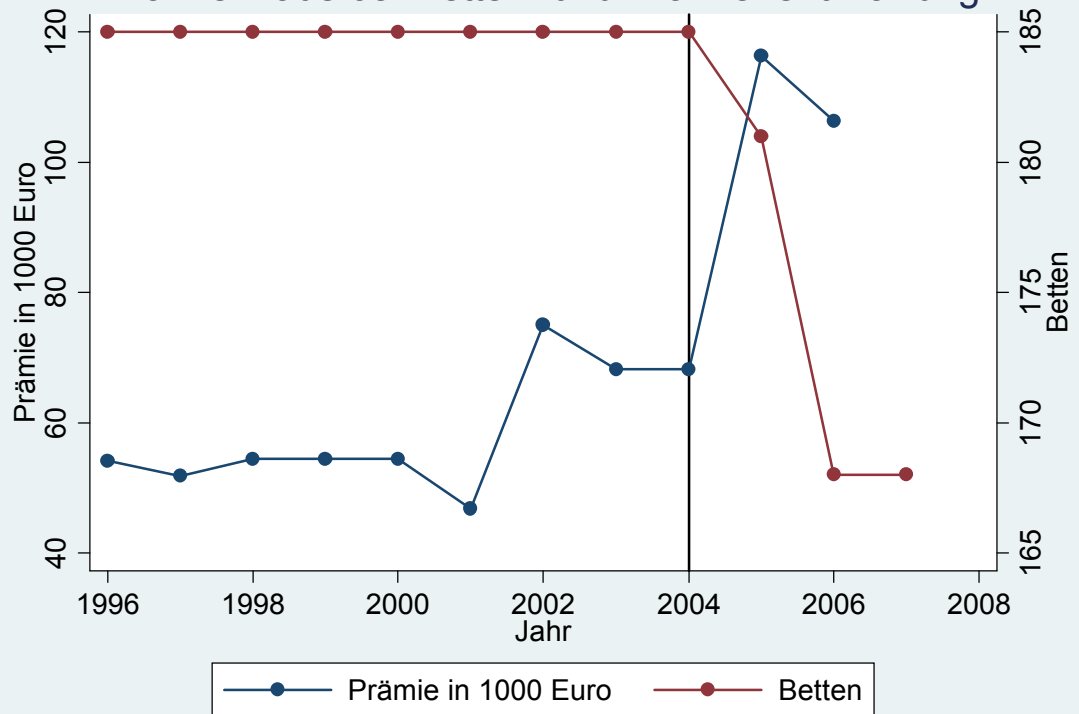


Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.

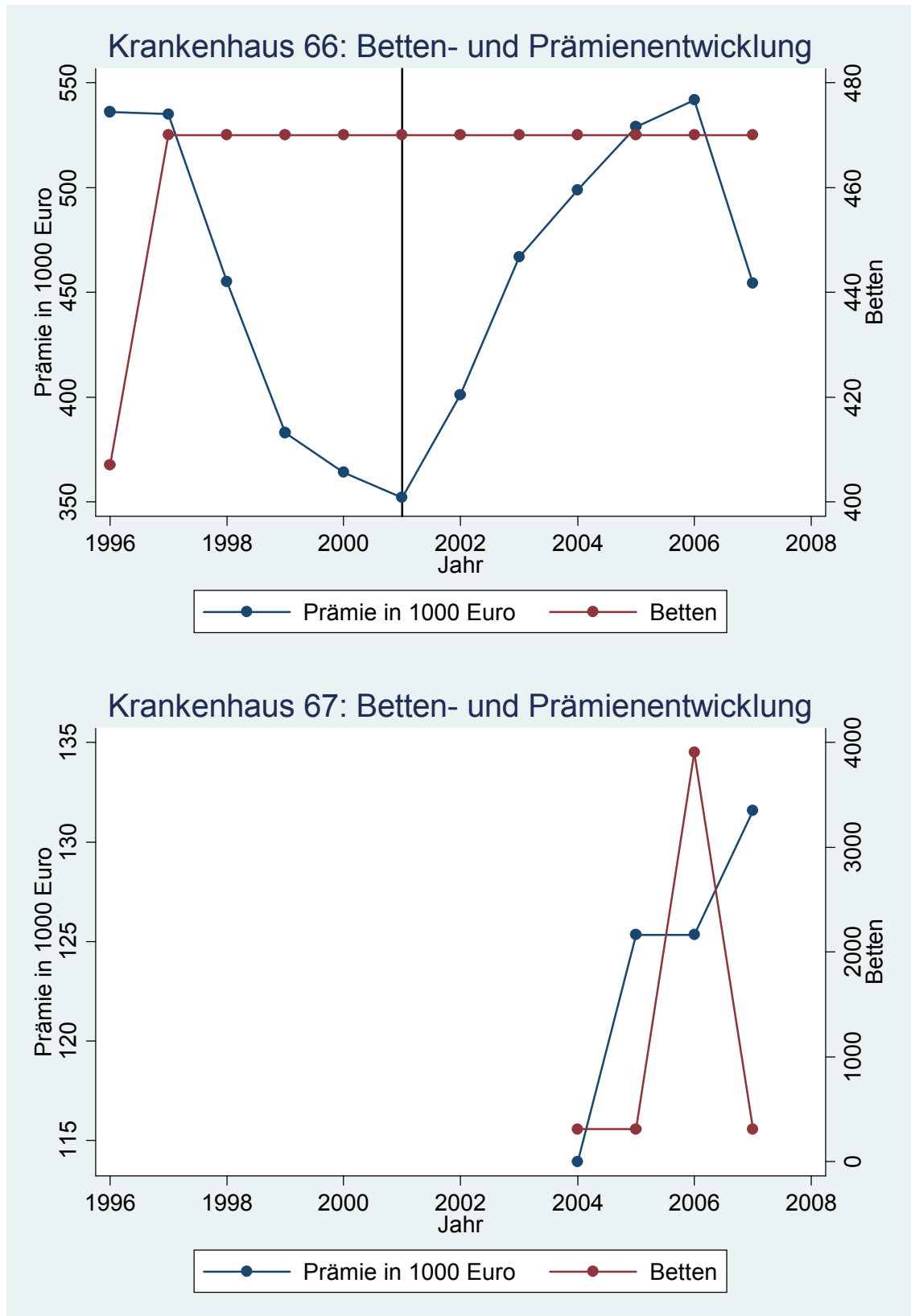
Krankenhaus 64: Betten- und Prämienentwicklung



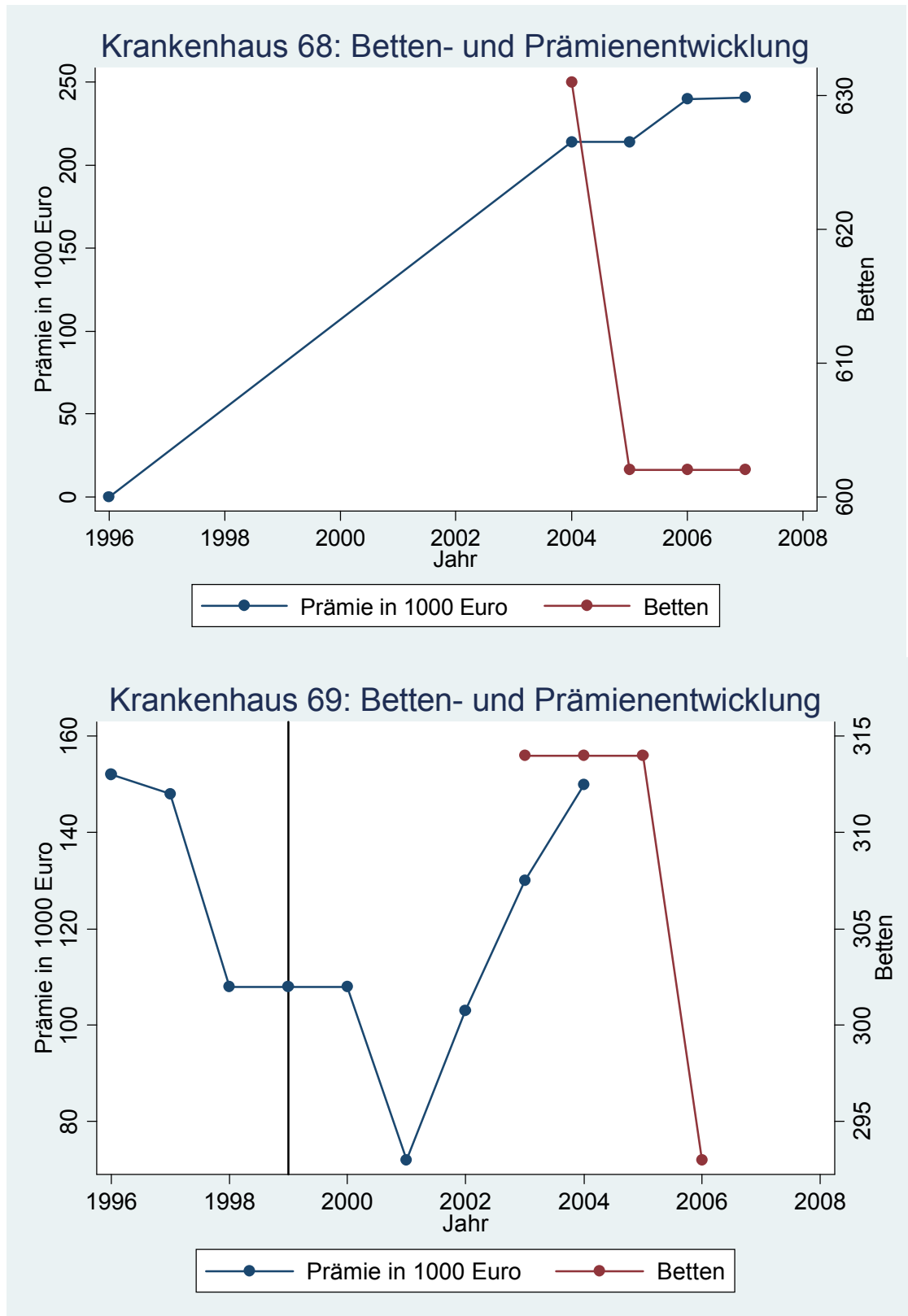
Krankenhaus 65: Betten- und Prämienentwicklung



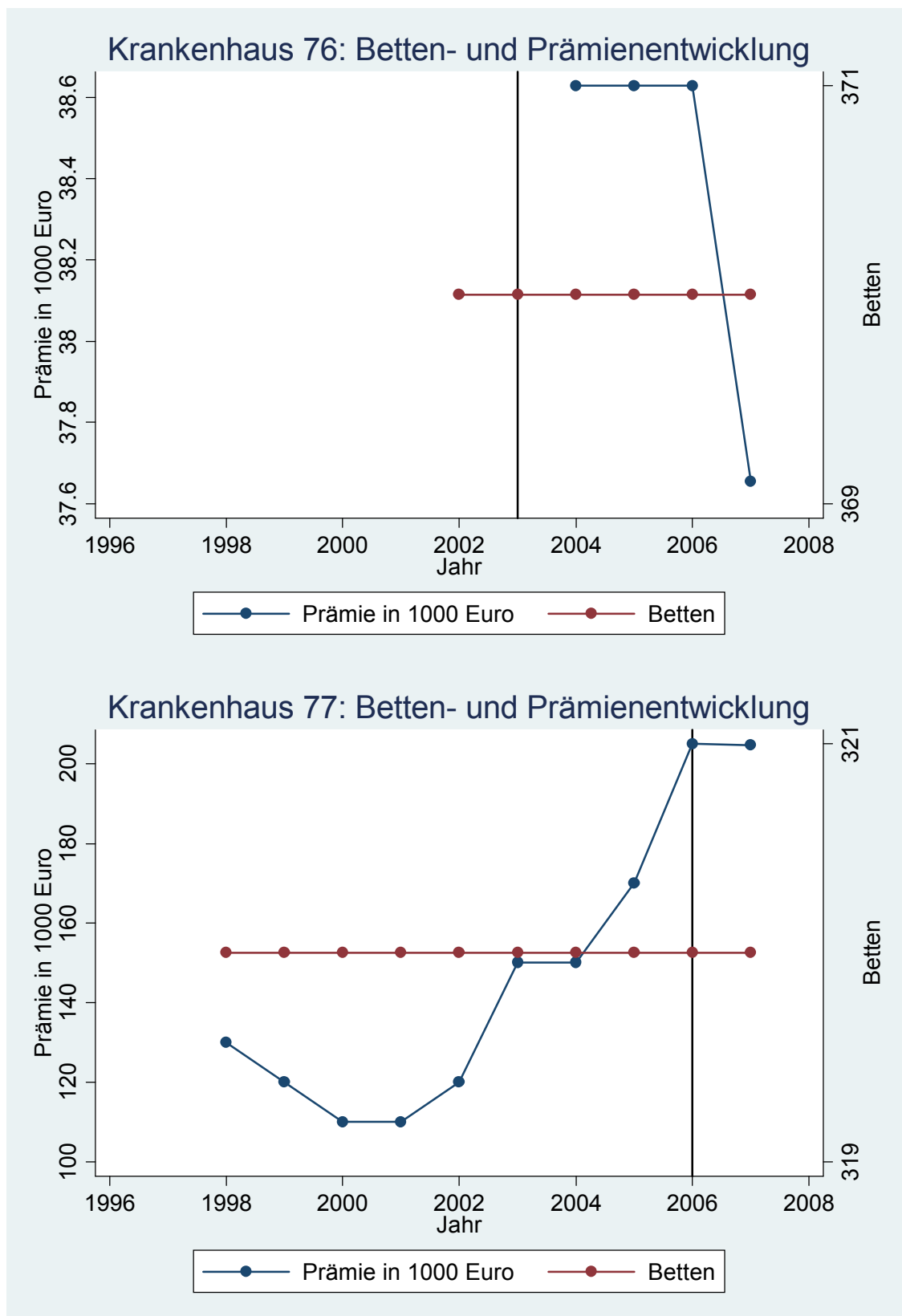
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



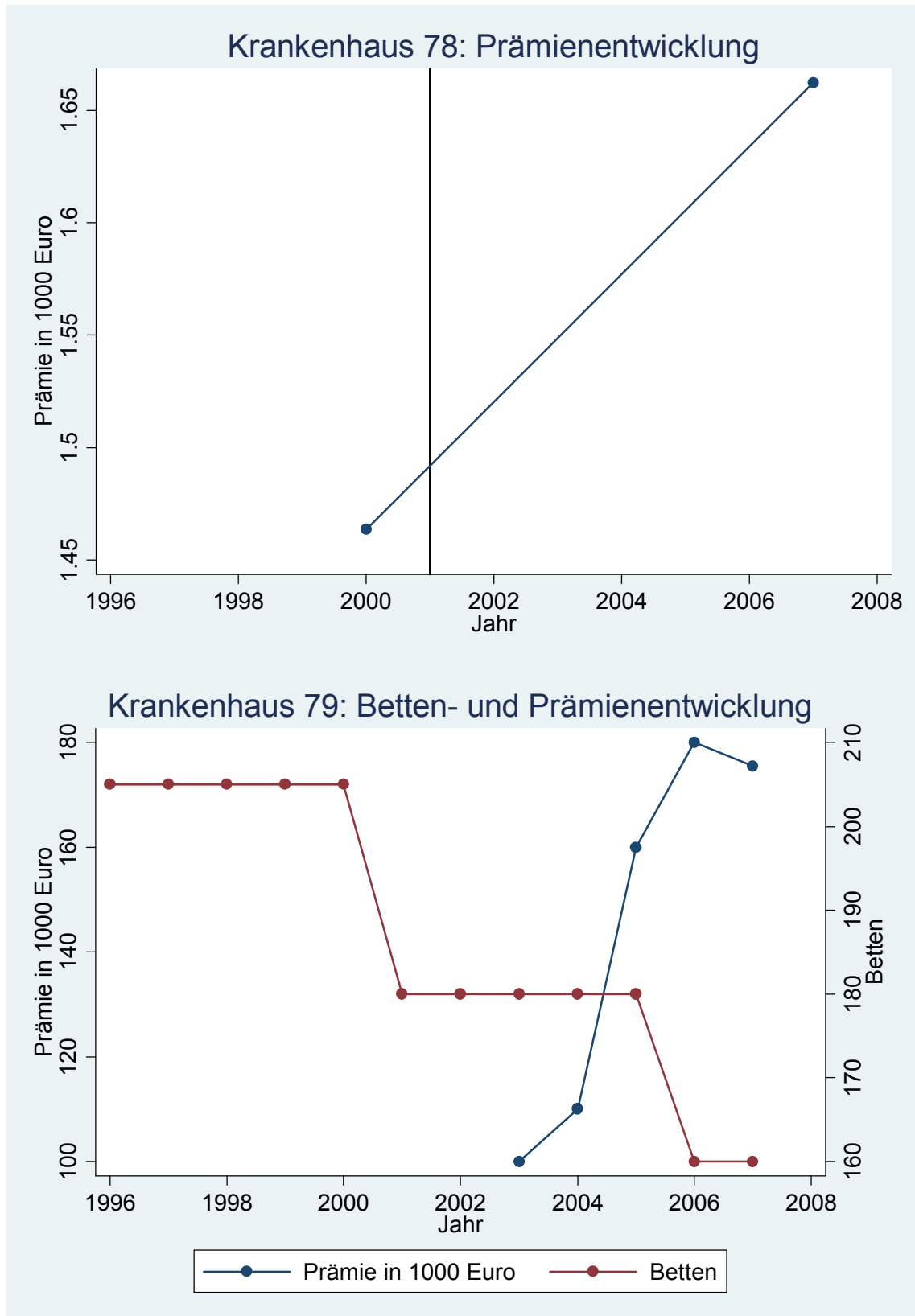
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



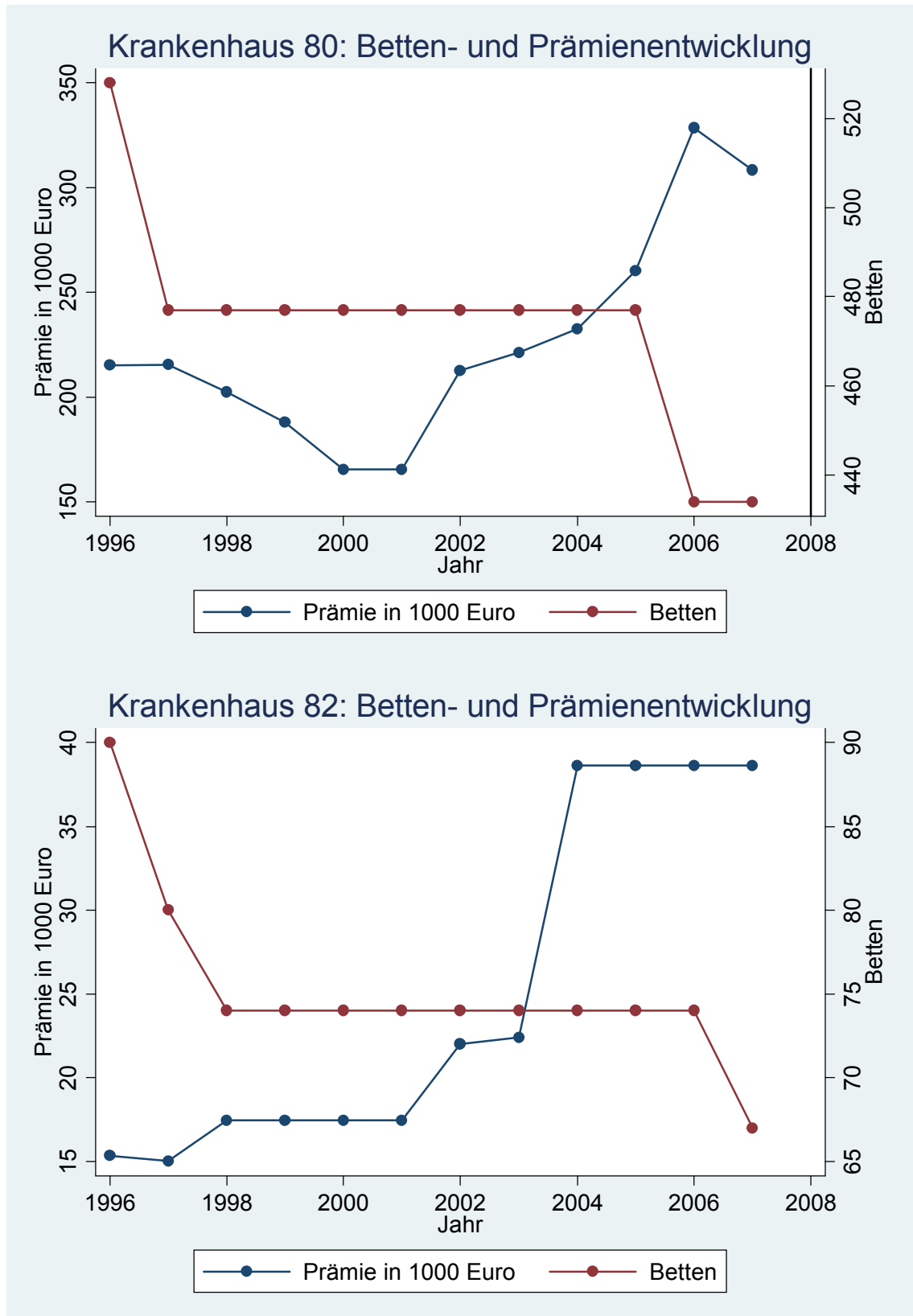
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



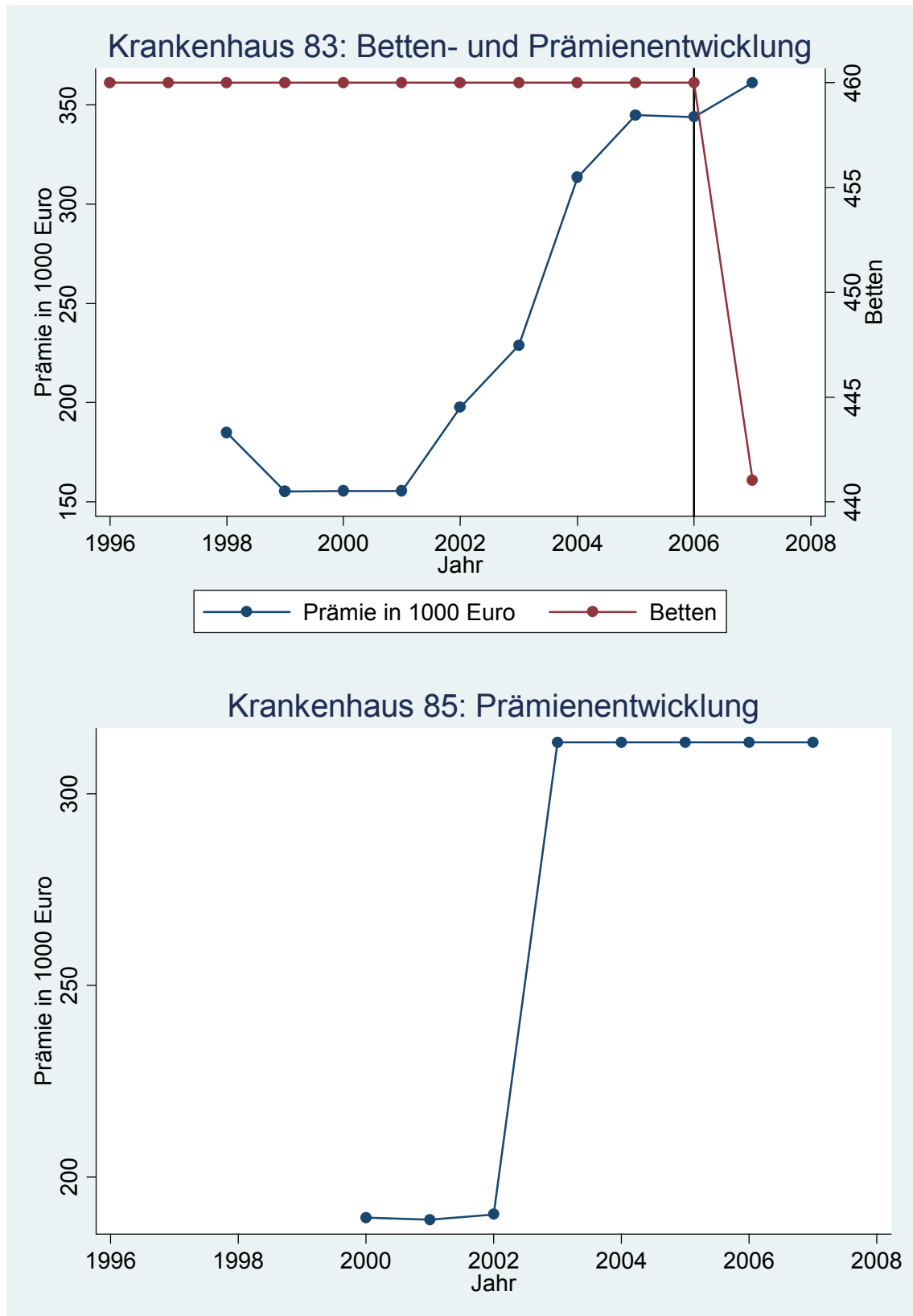
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



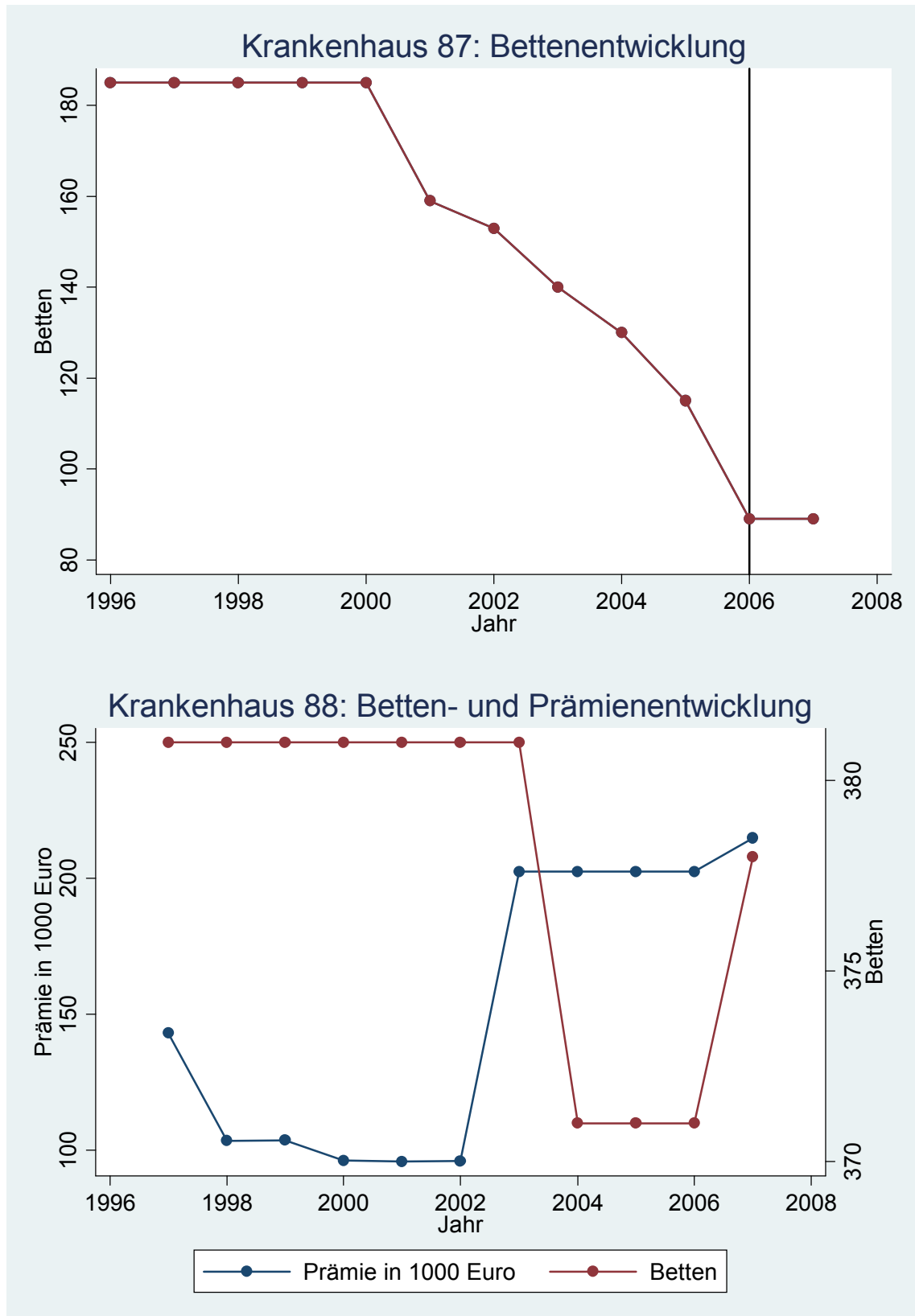
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



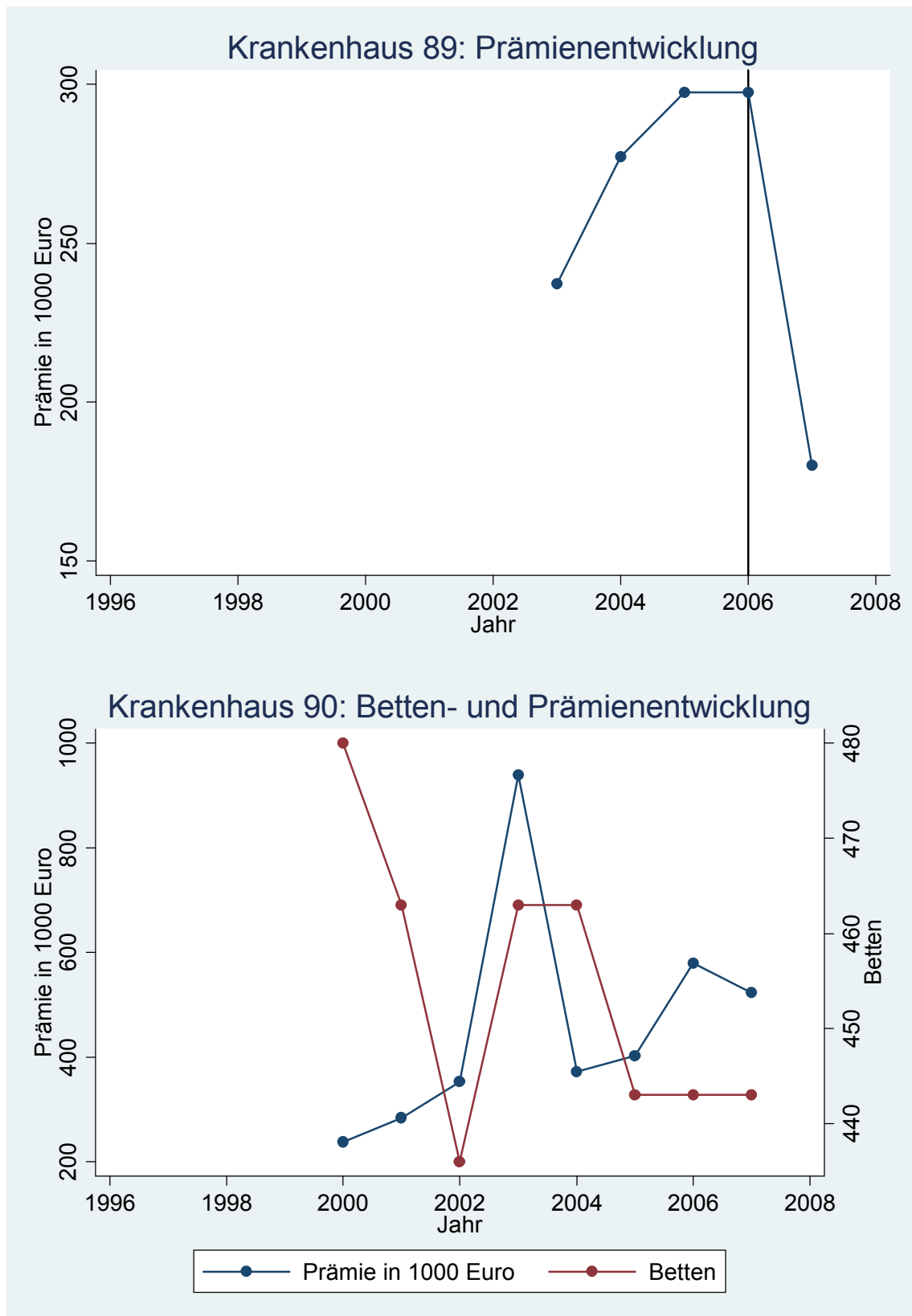
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



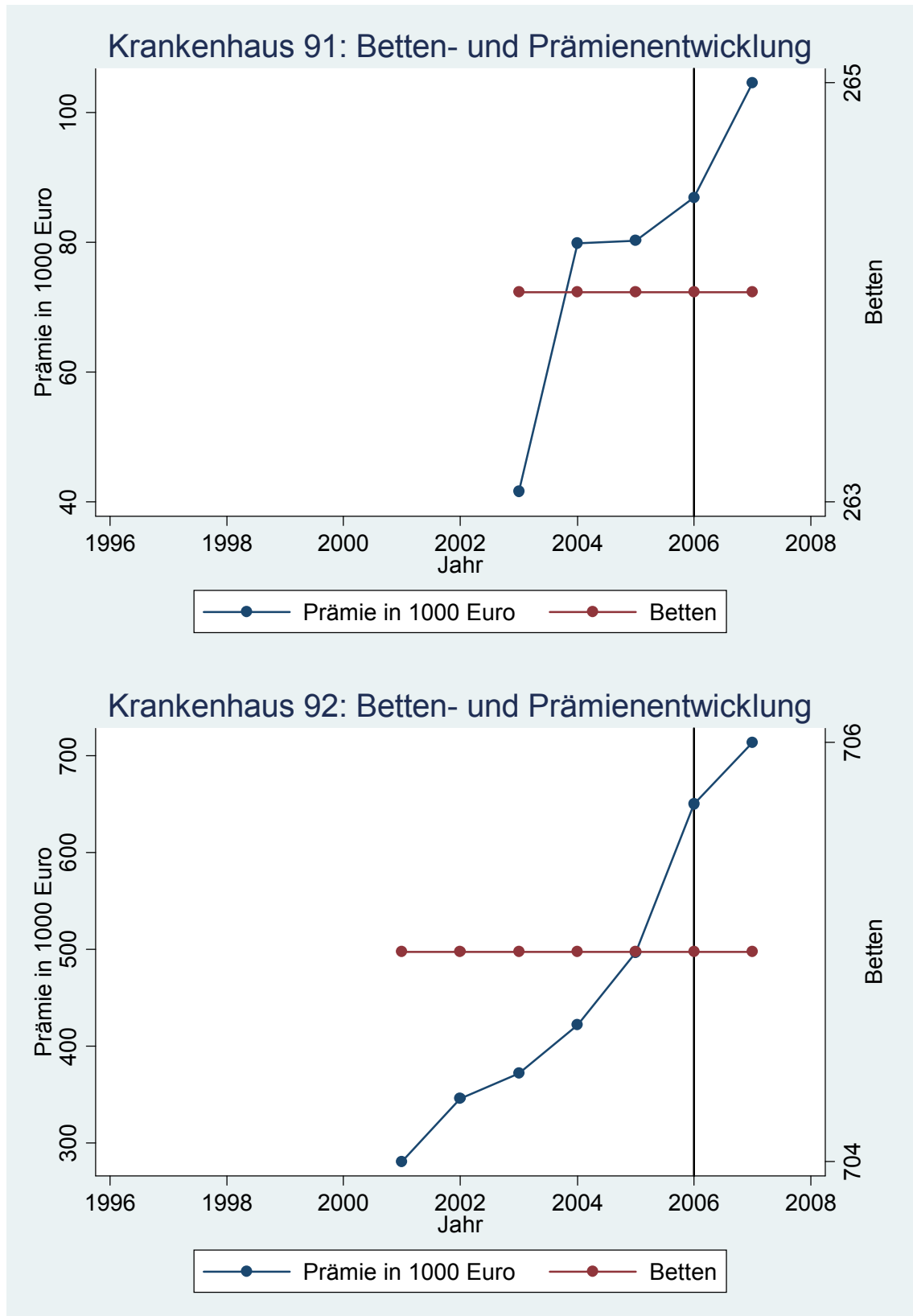
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



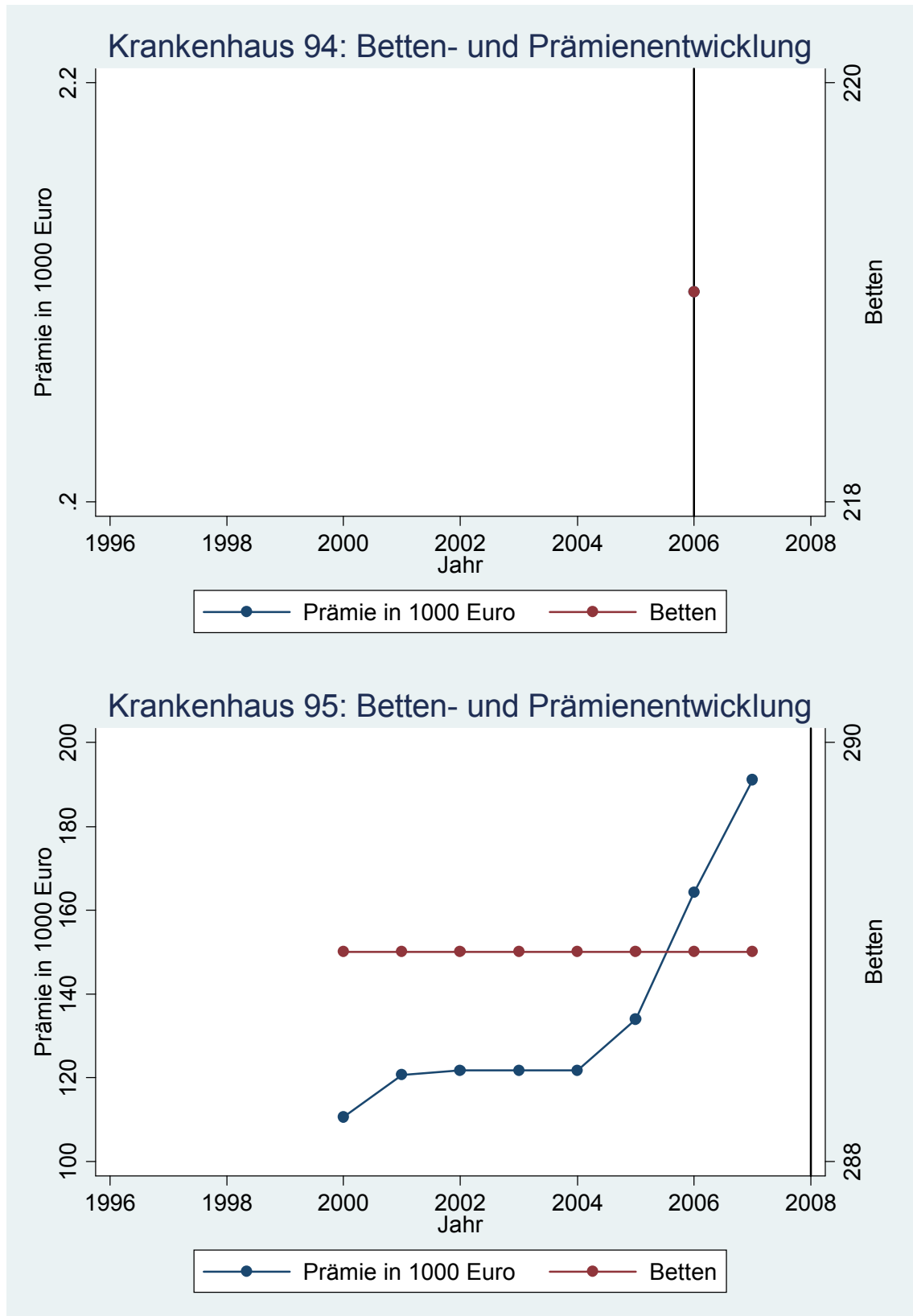
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



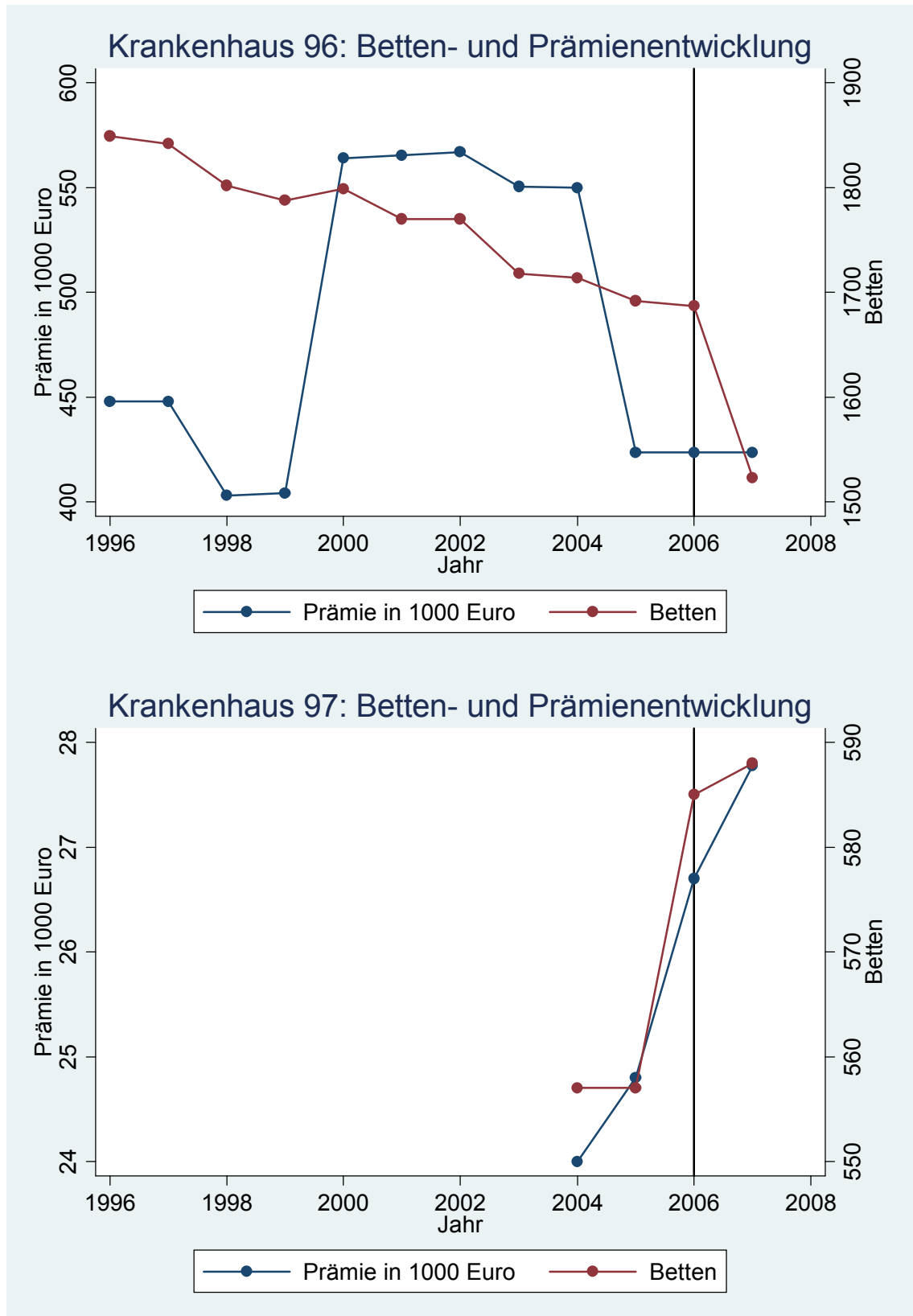
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



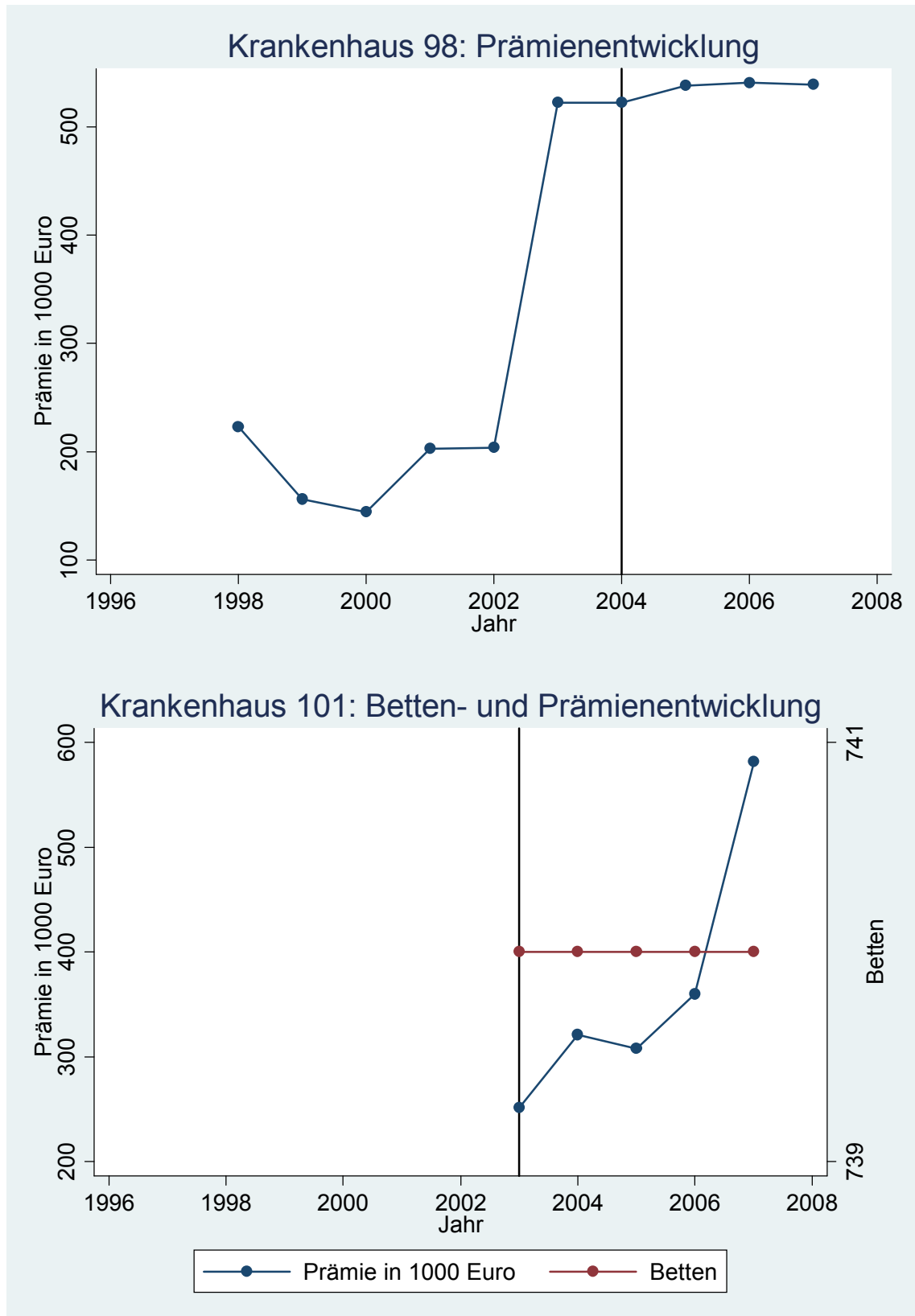
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



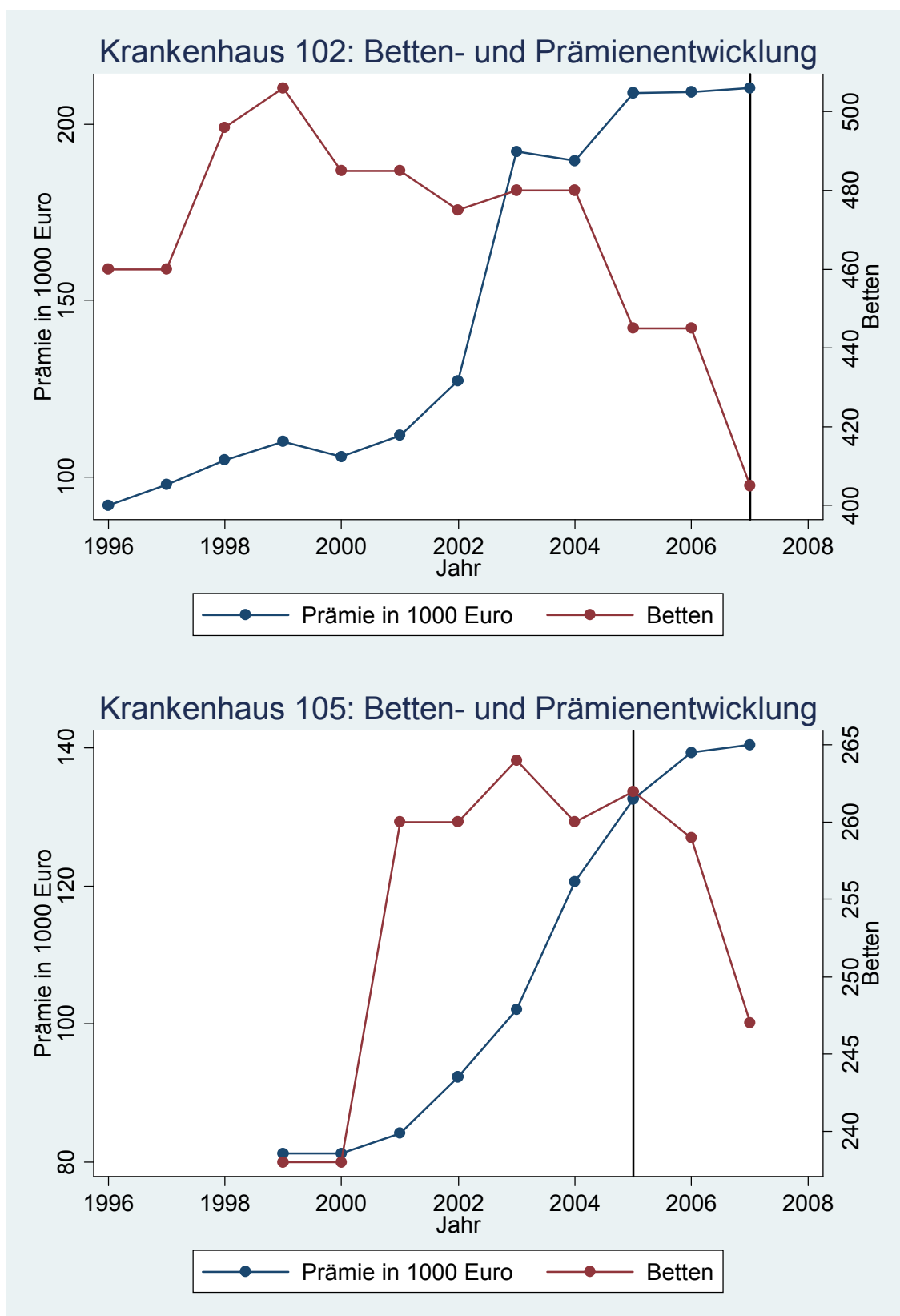
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



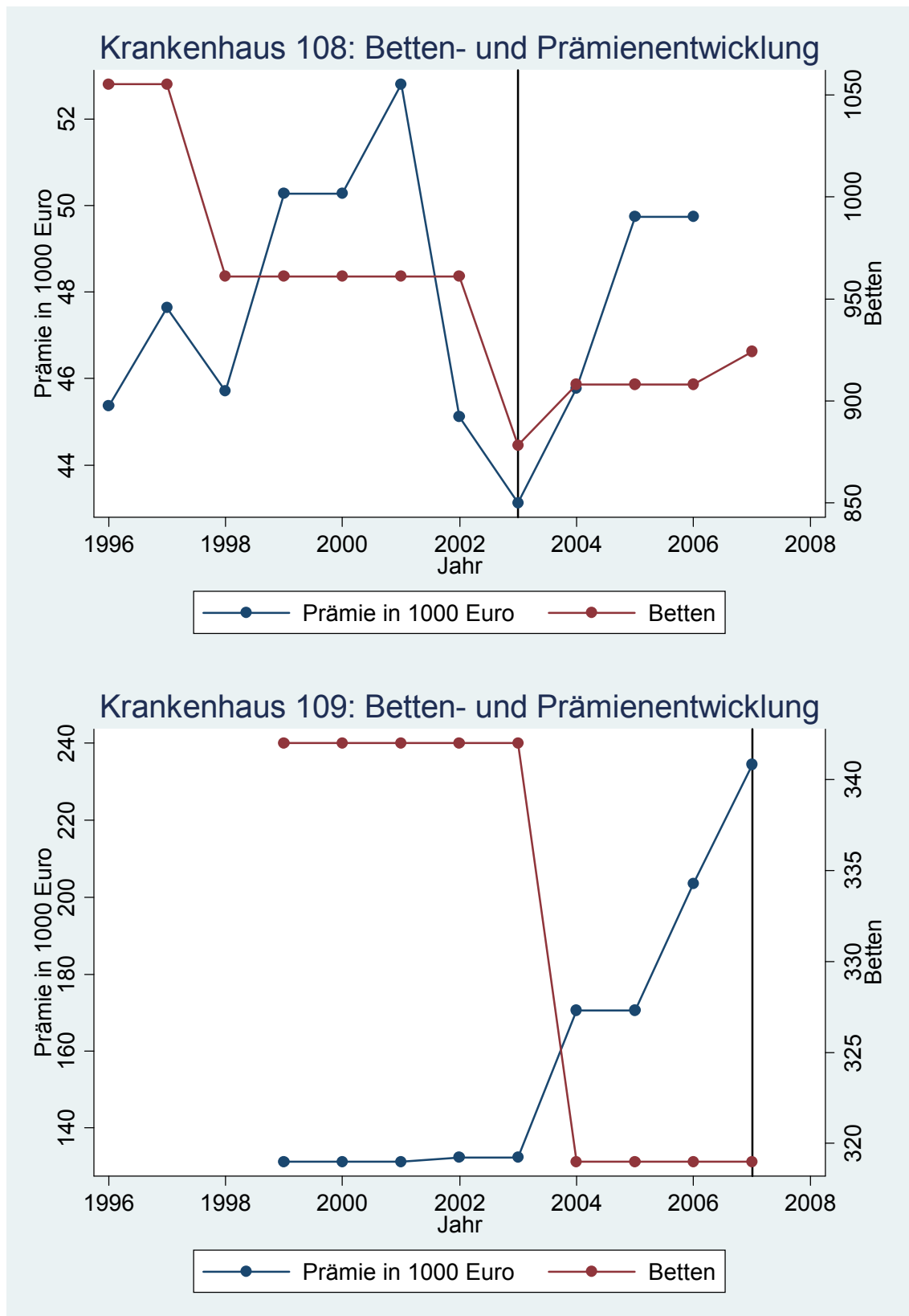
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.

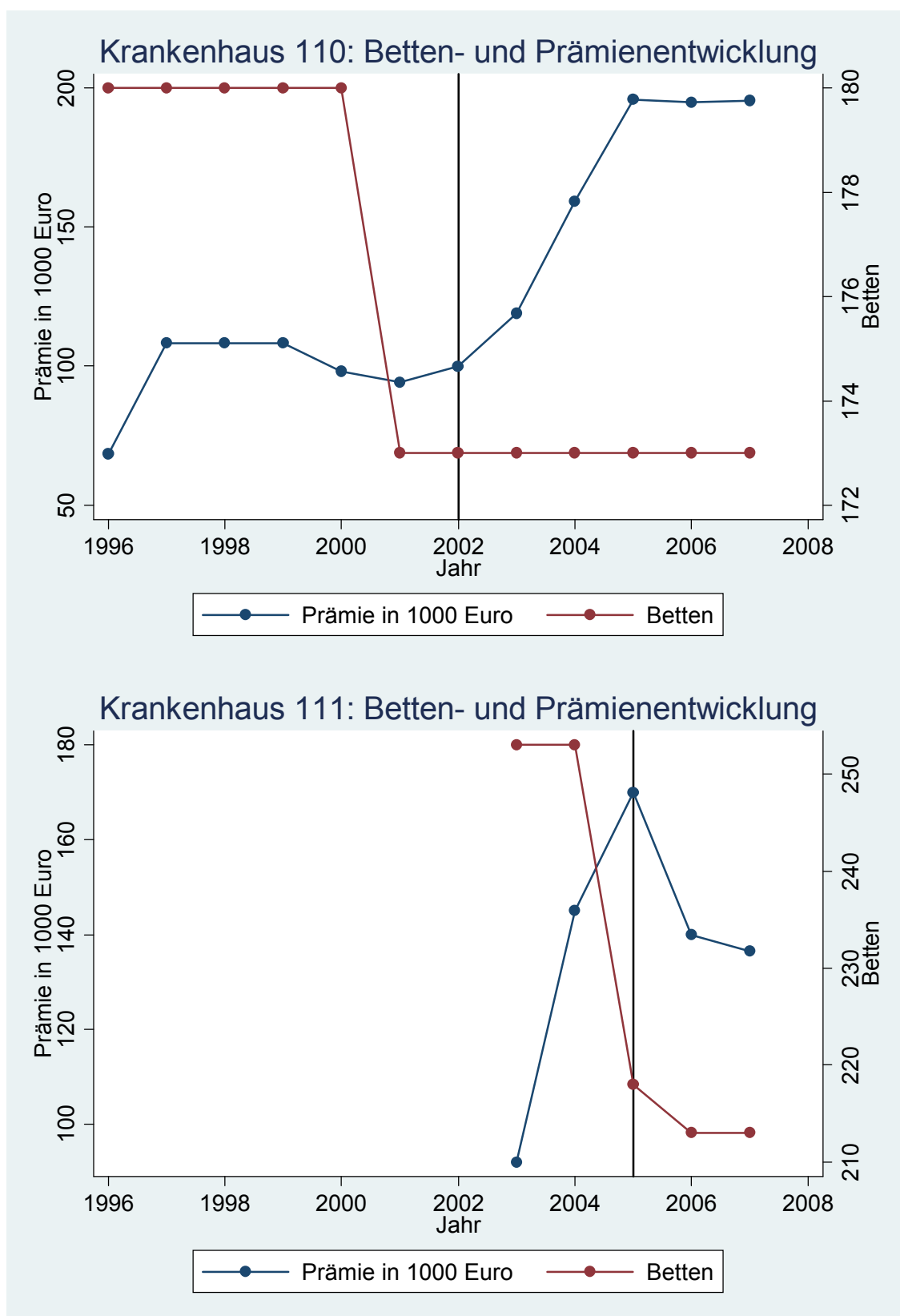


Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.

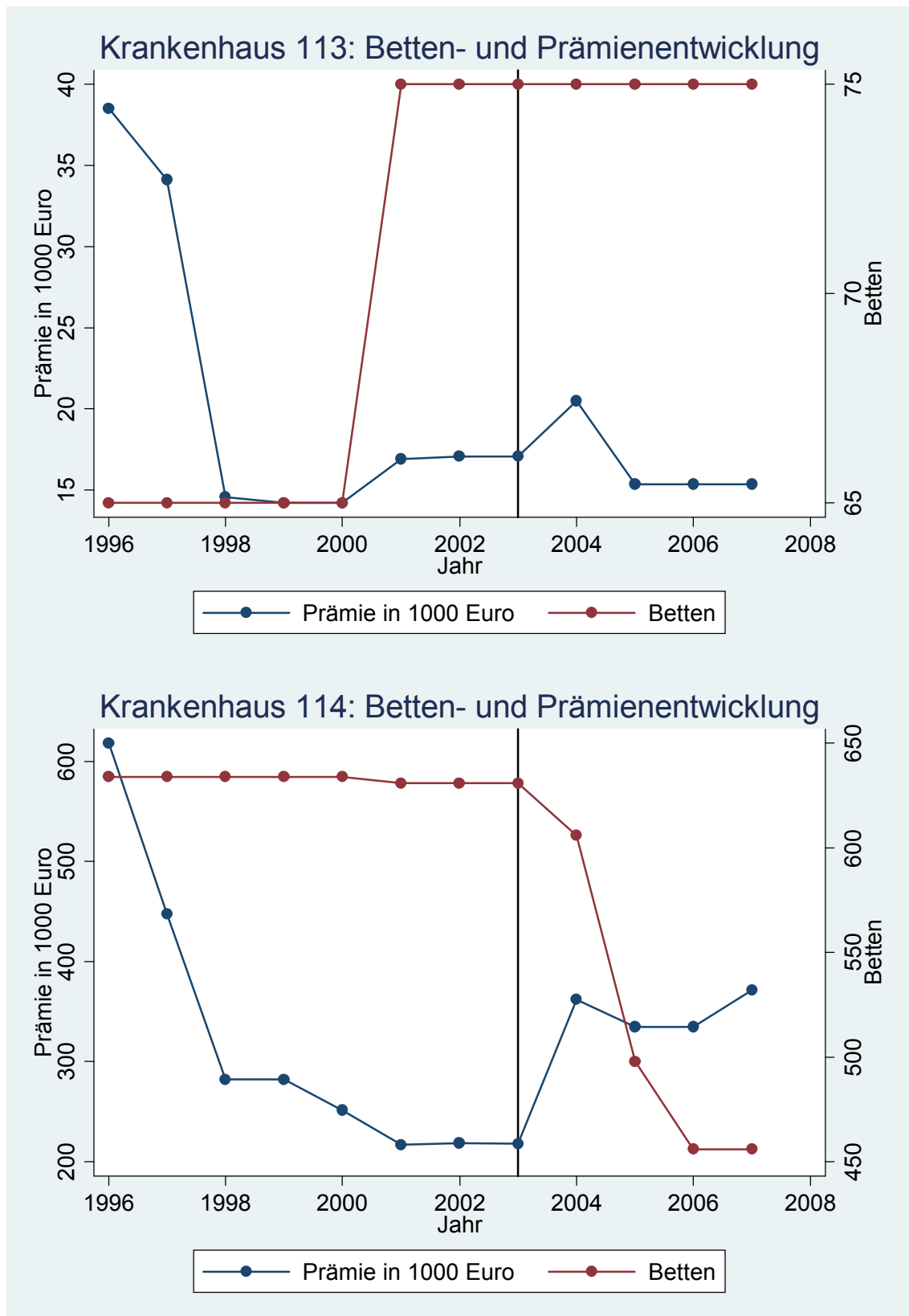


Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.

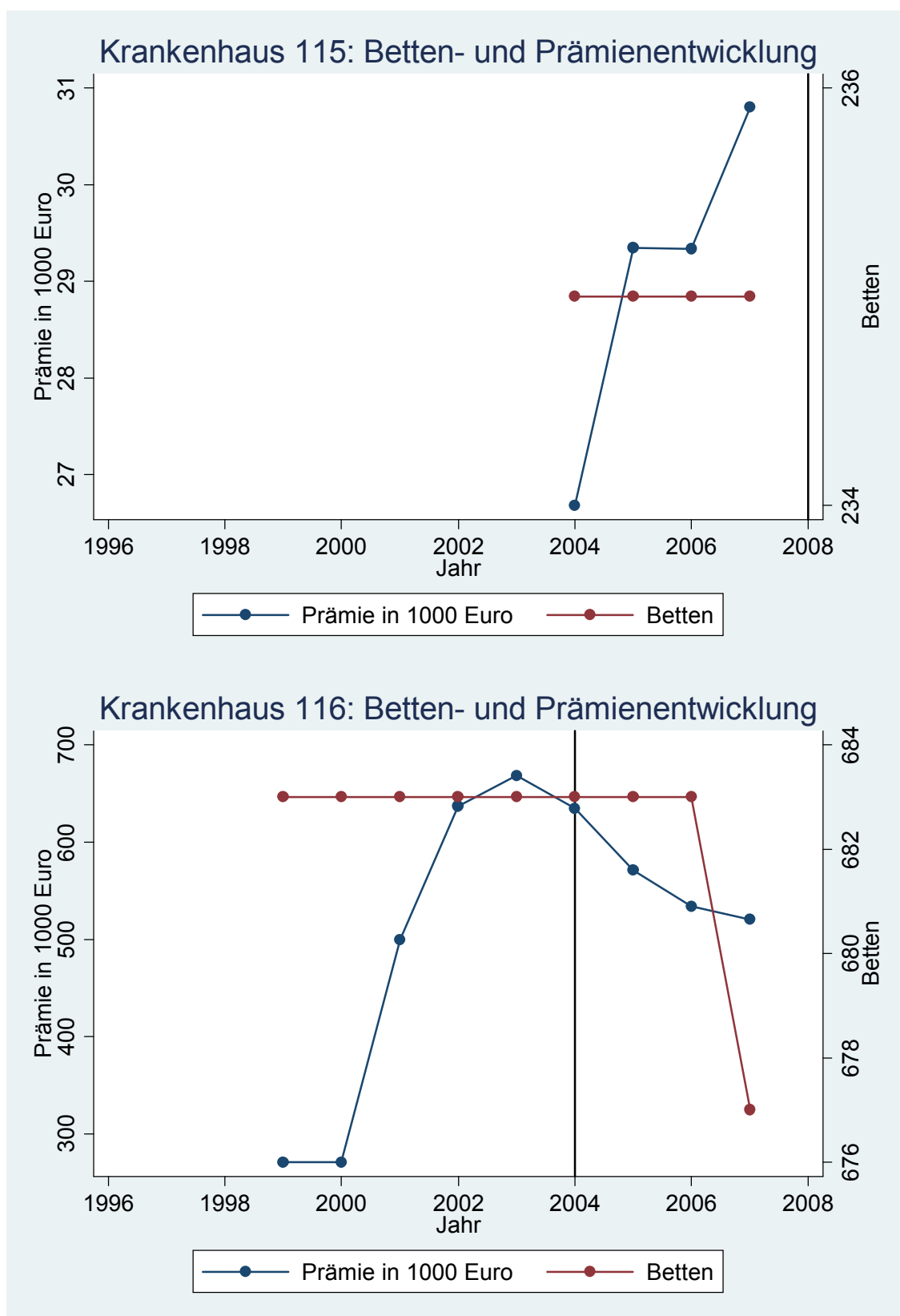




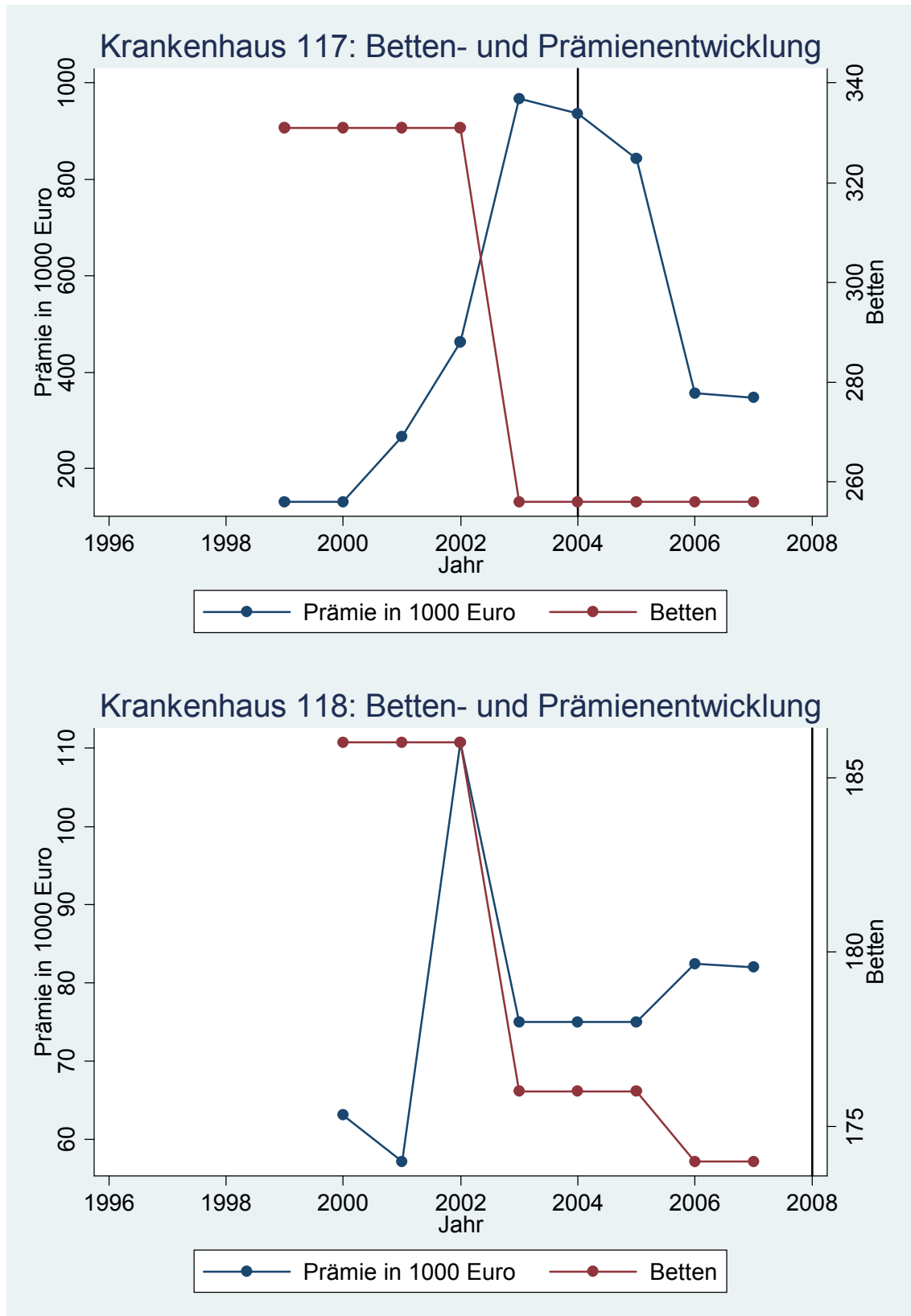
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



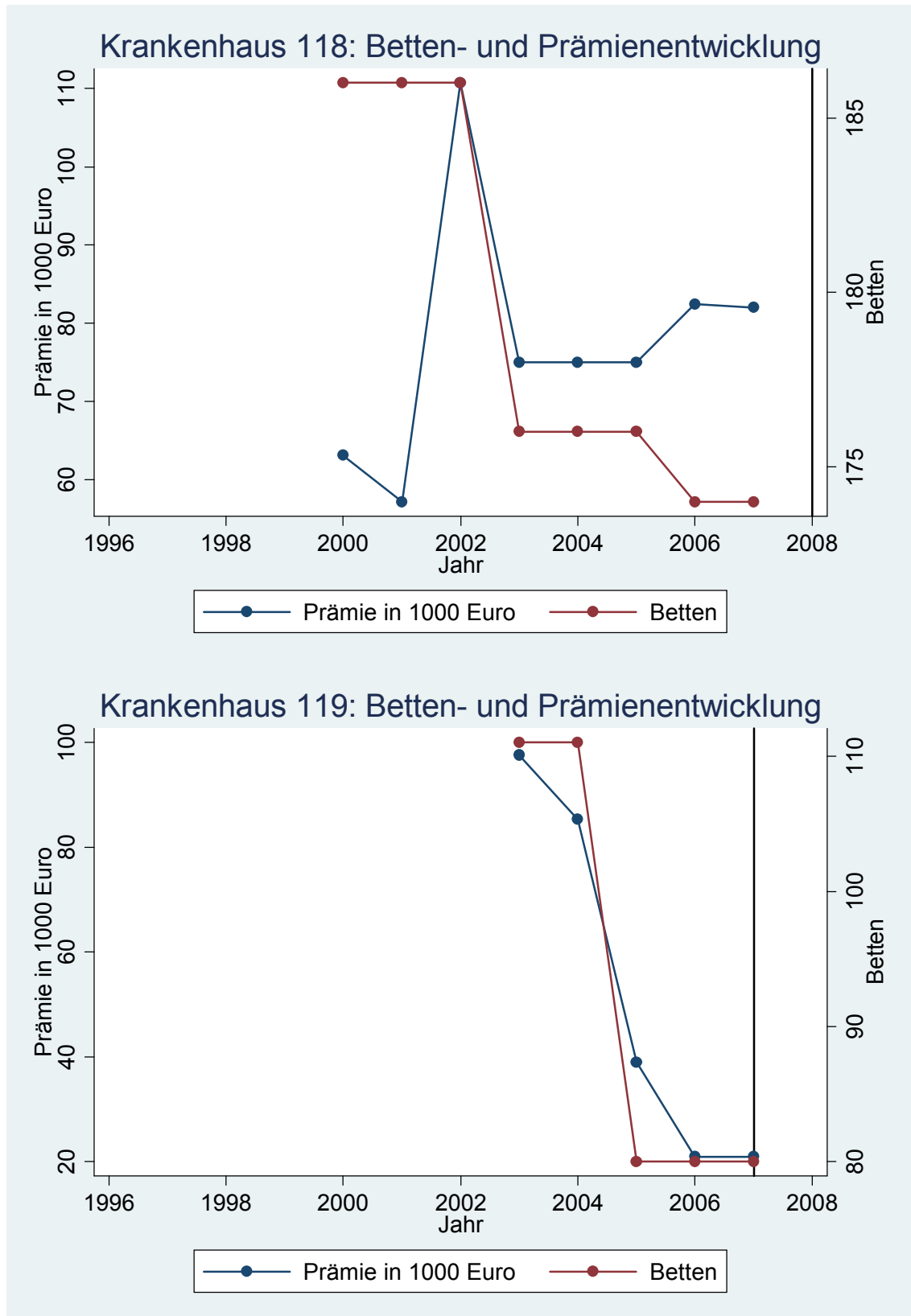
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



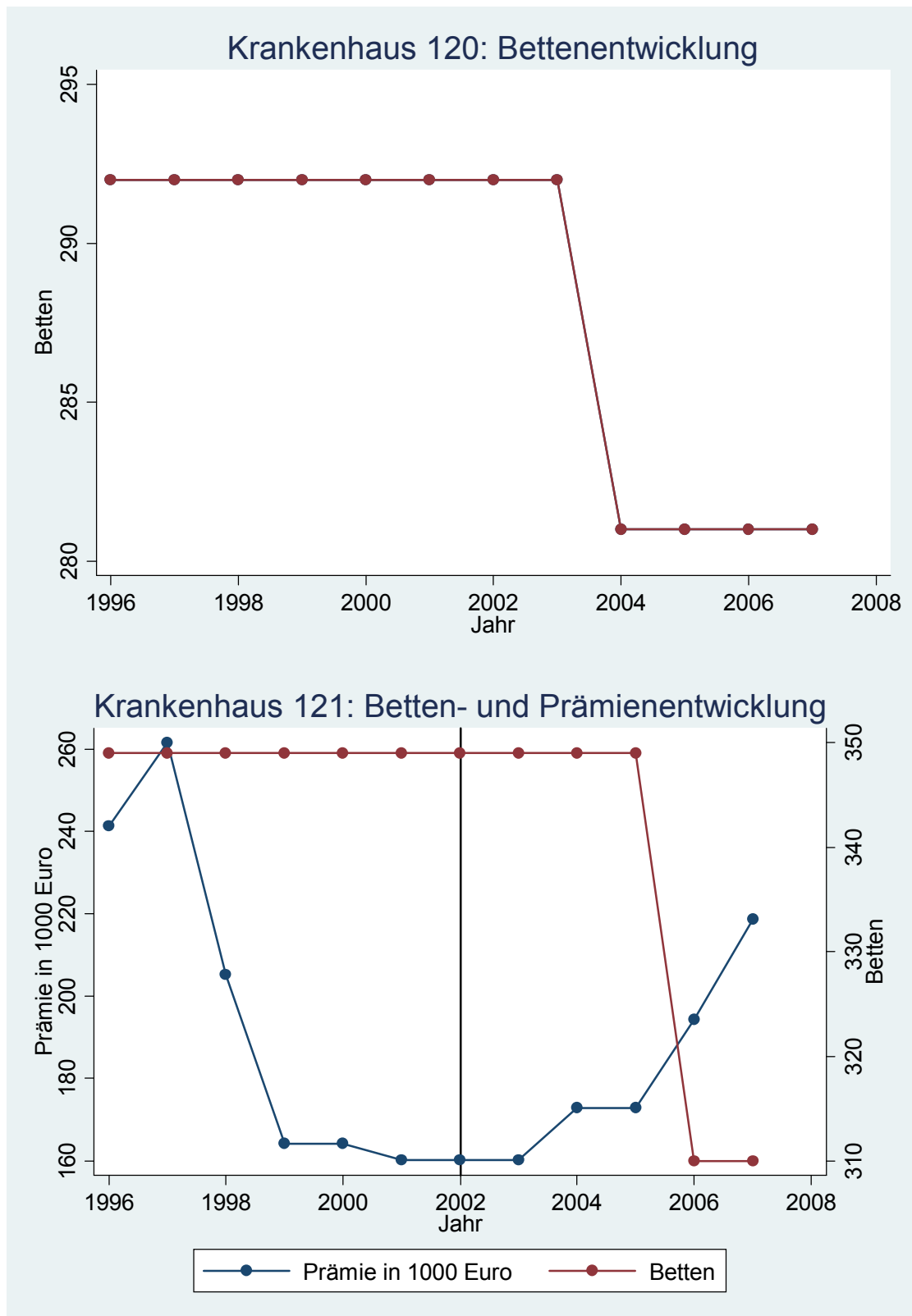
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



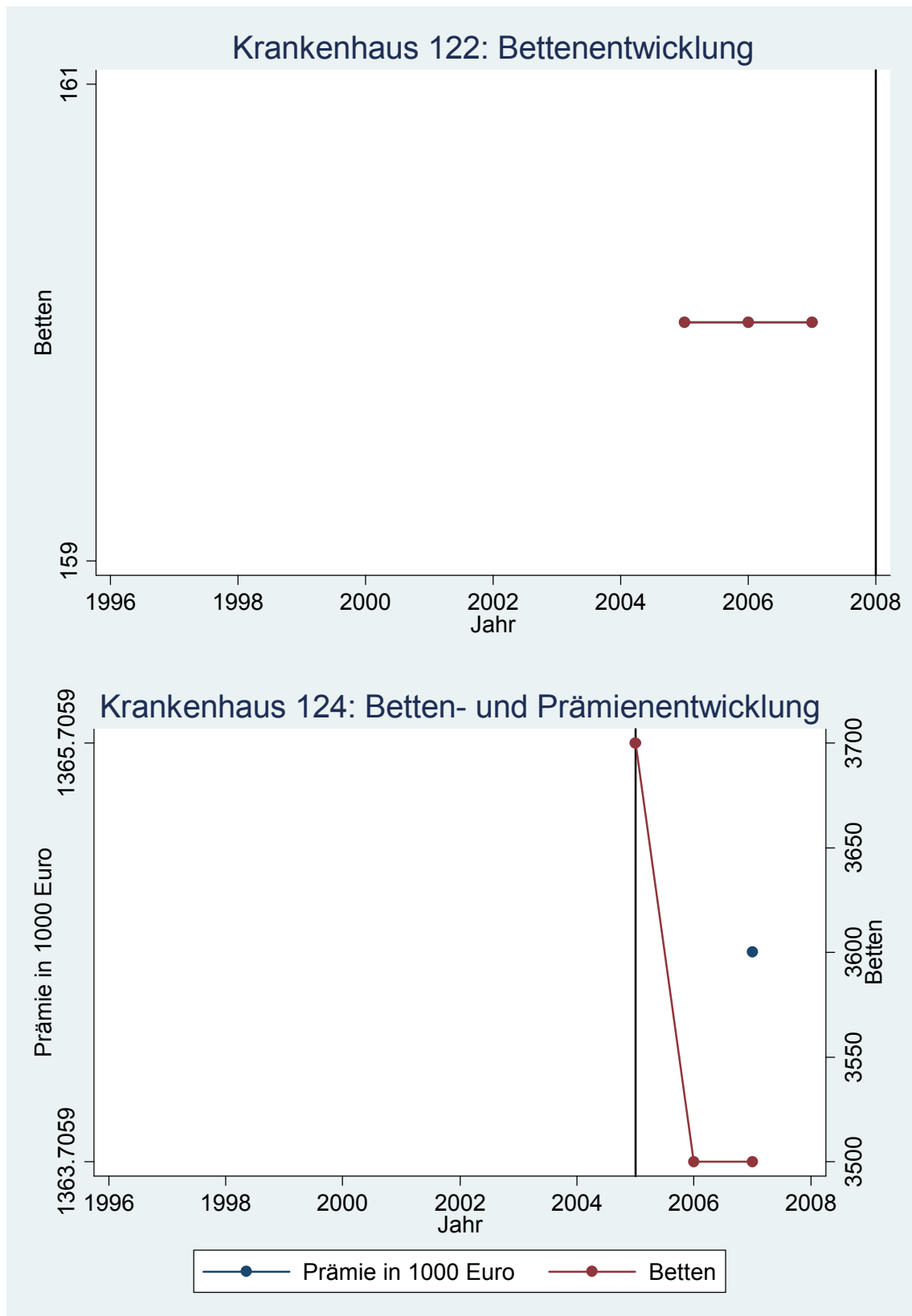
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



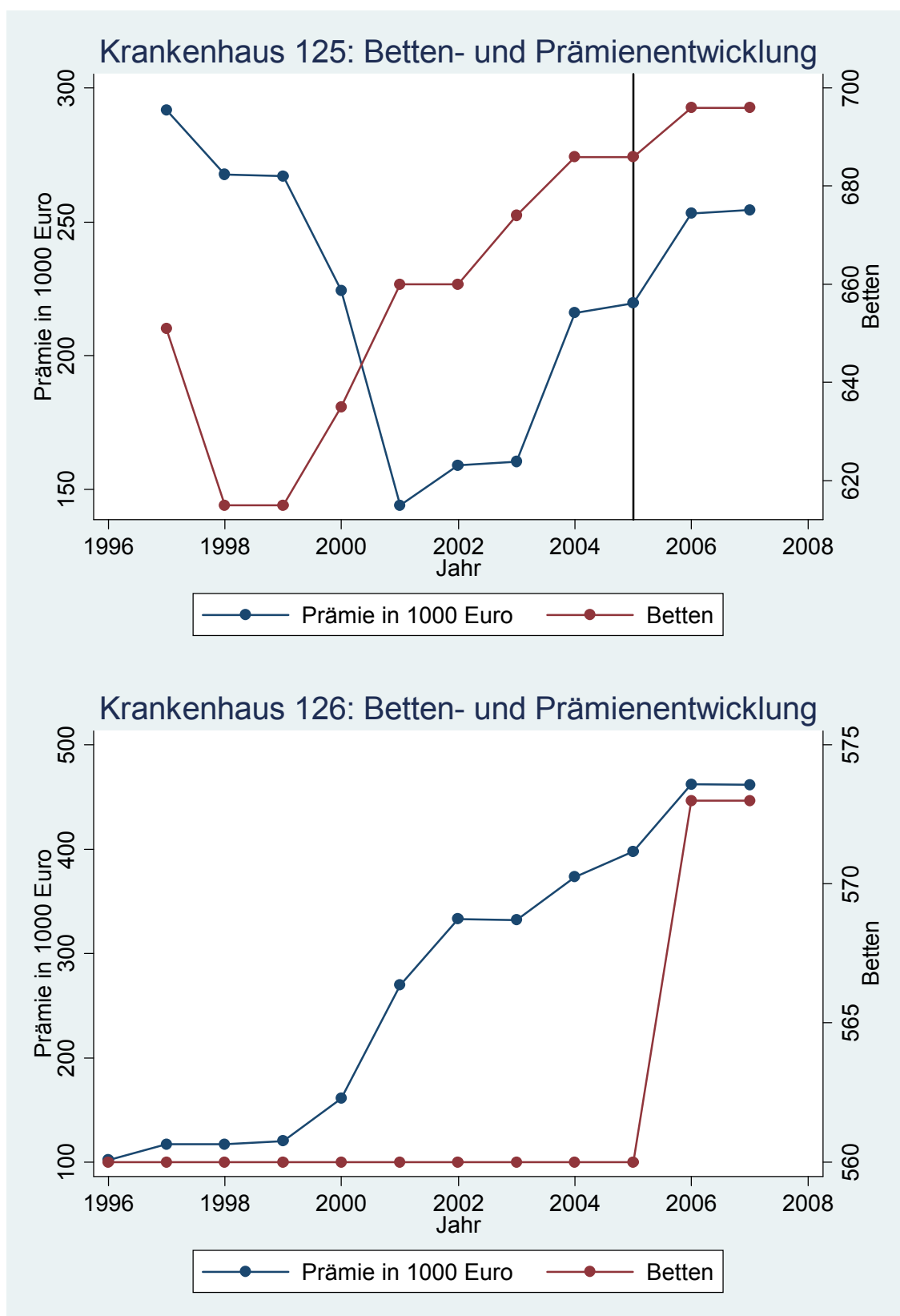
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



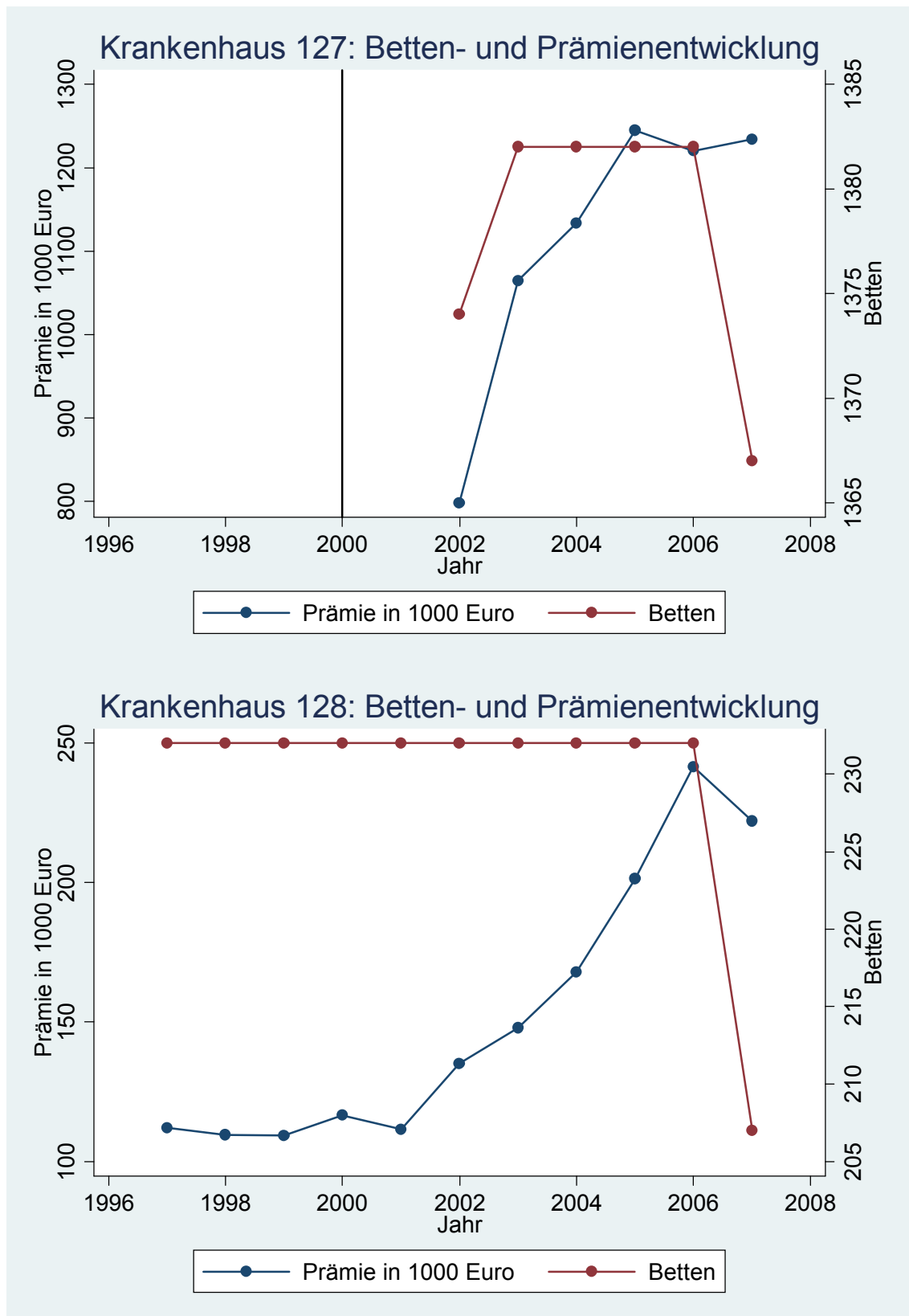
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



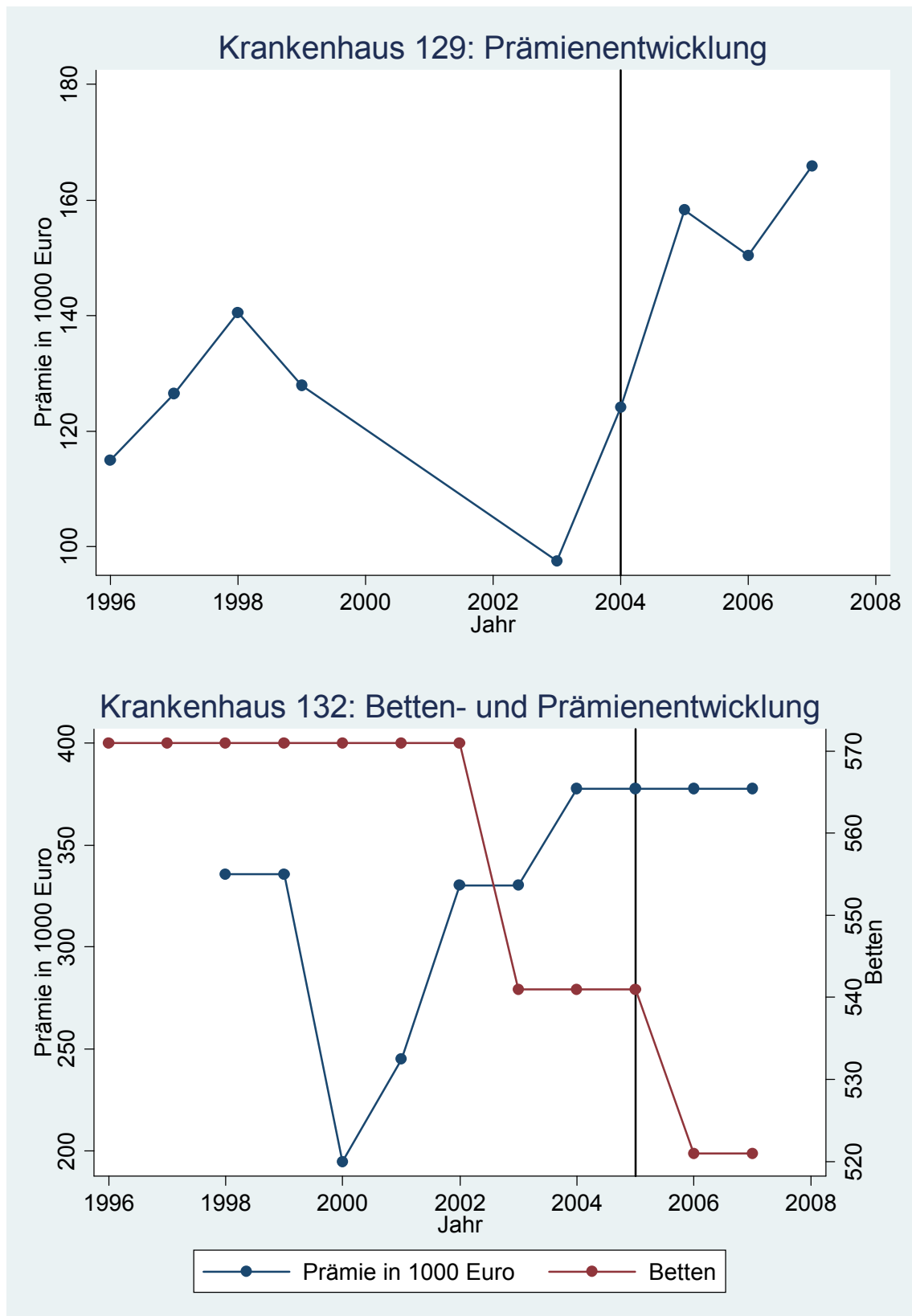
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



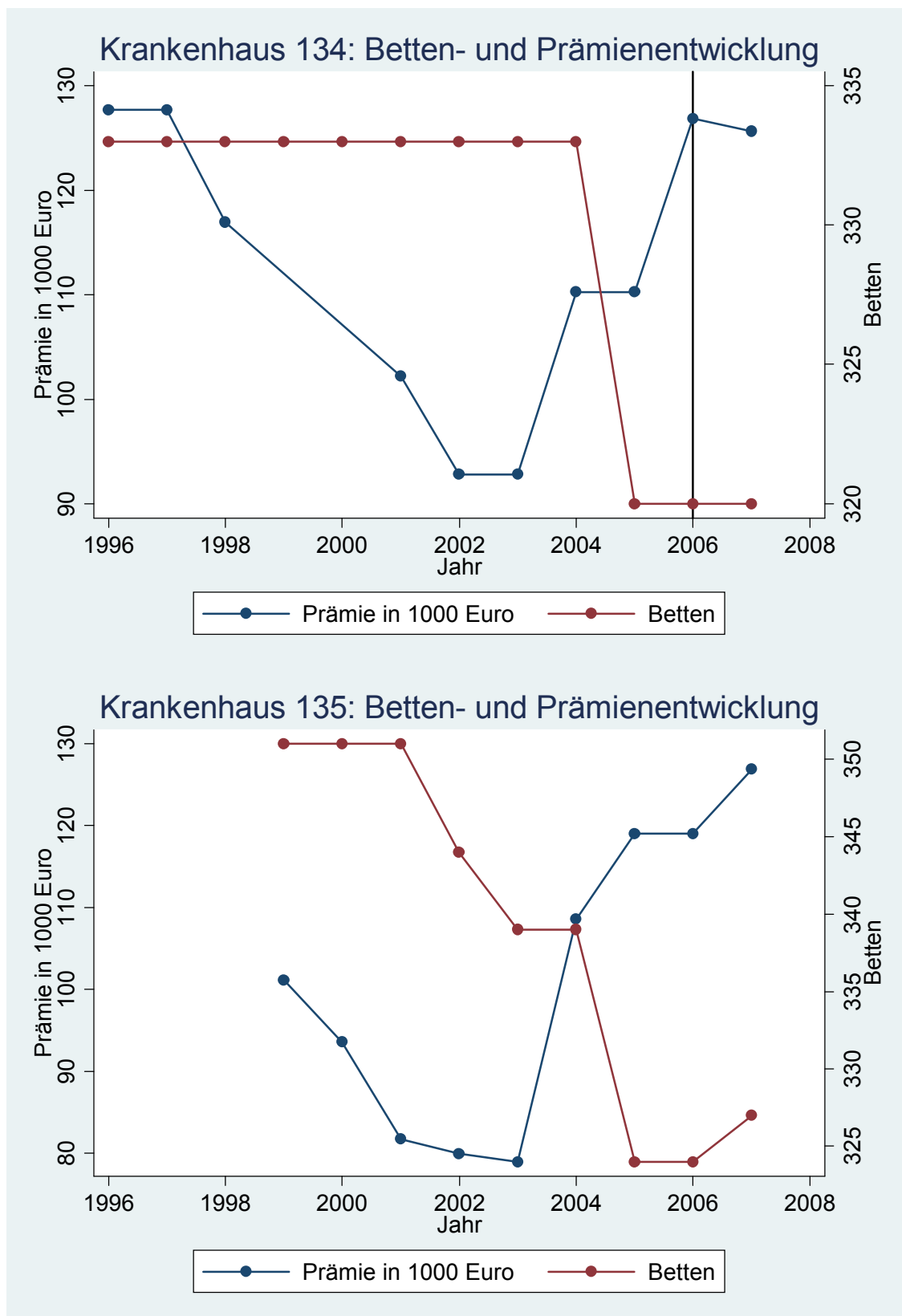
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



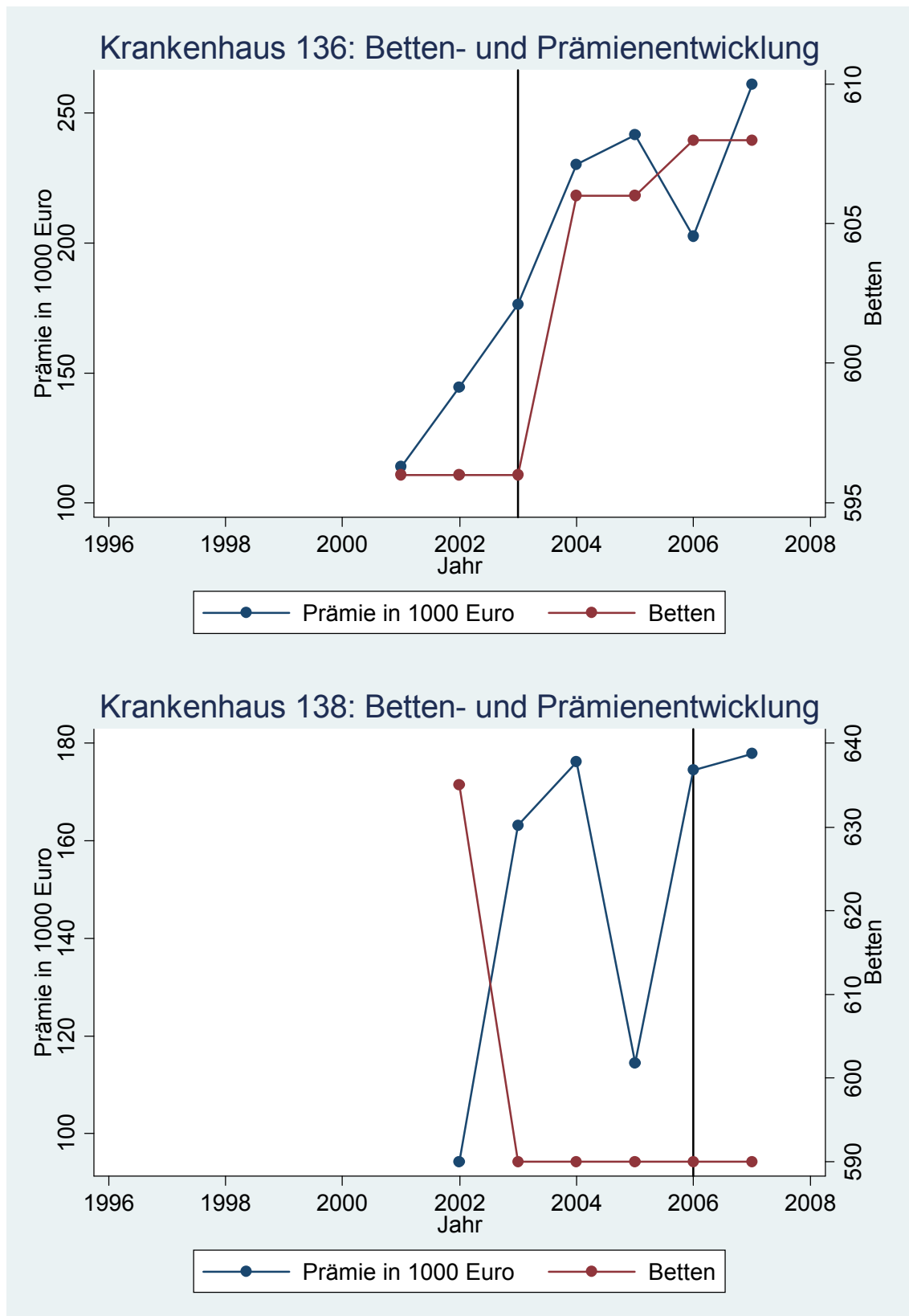
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.

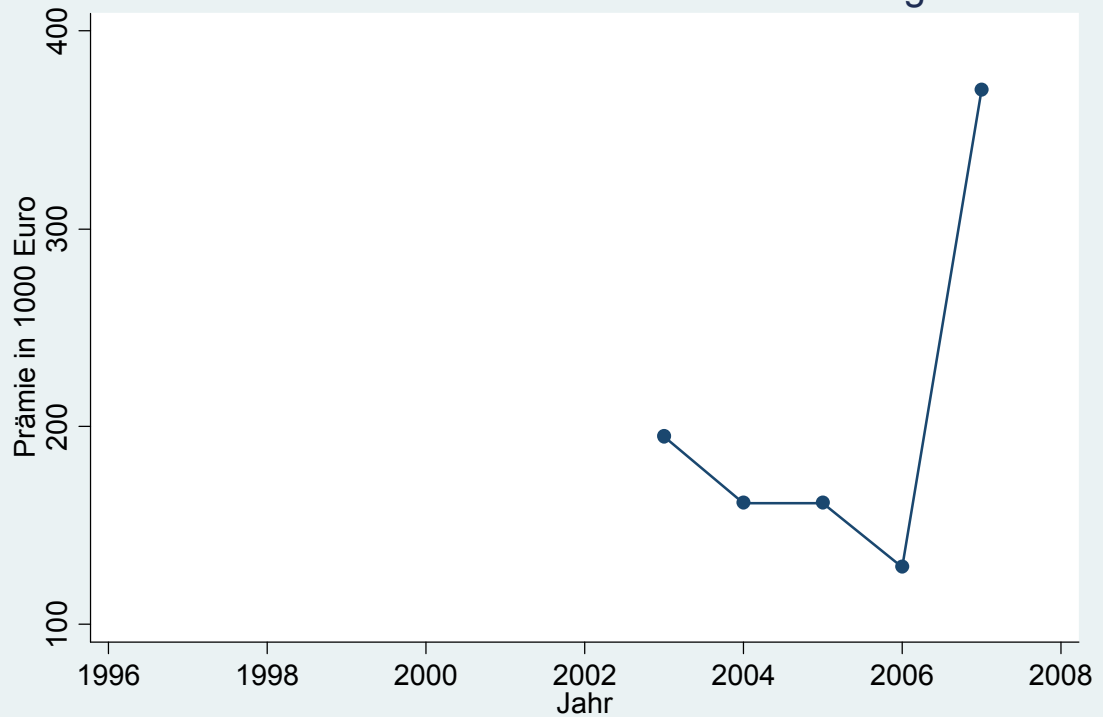


Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.

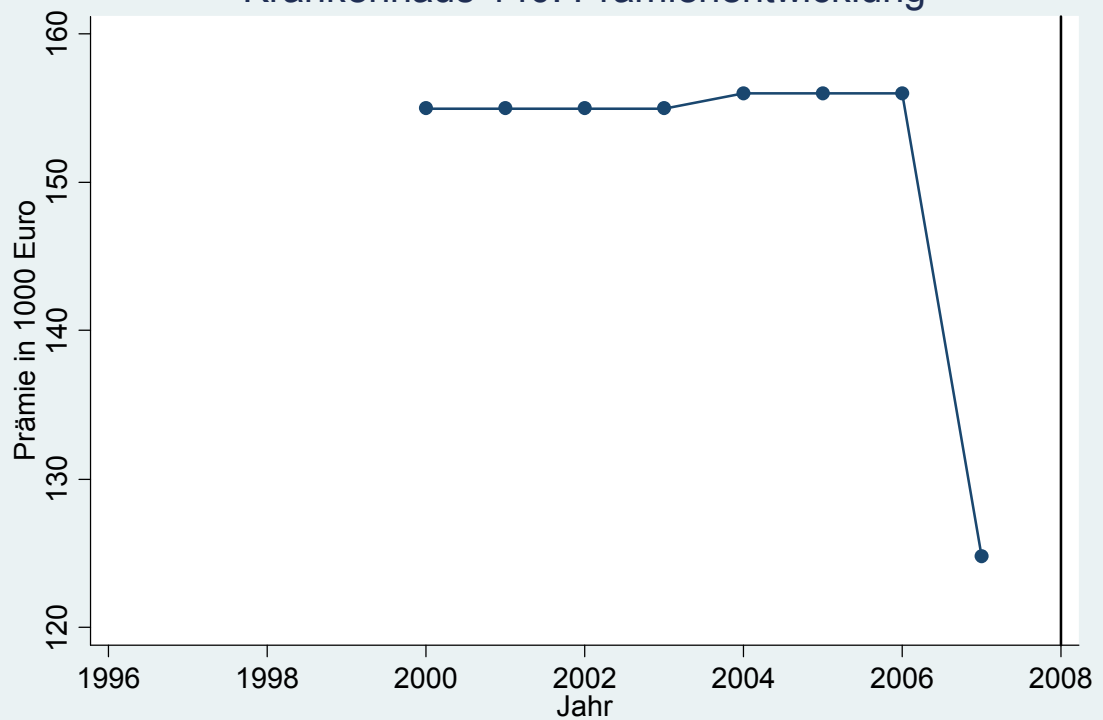


Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.

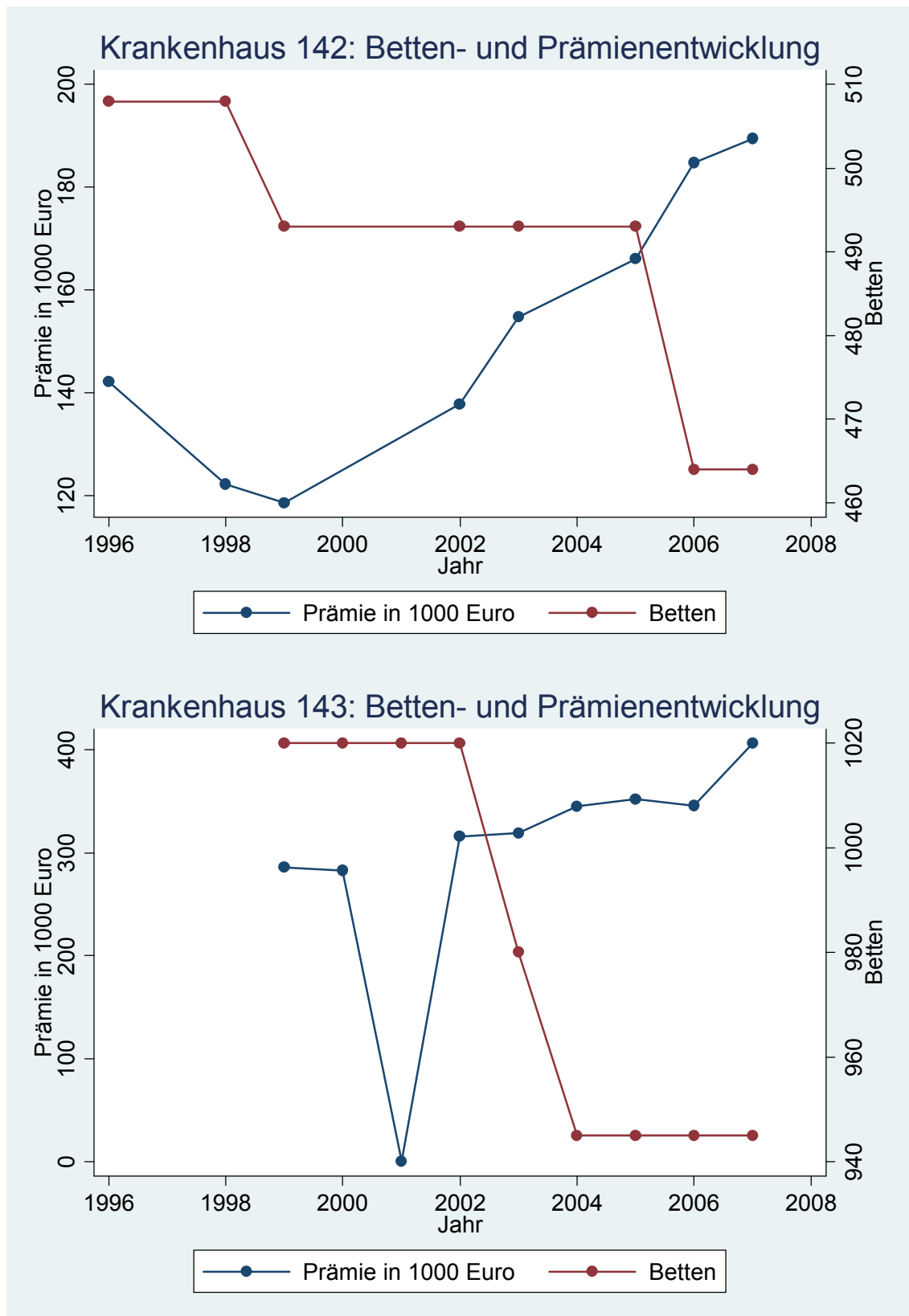
Krankenhaus 139: Prämienentwicklung



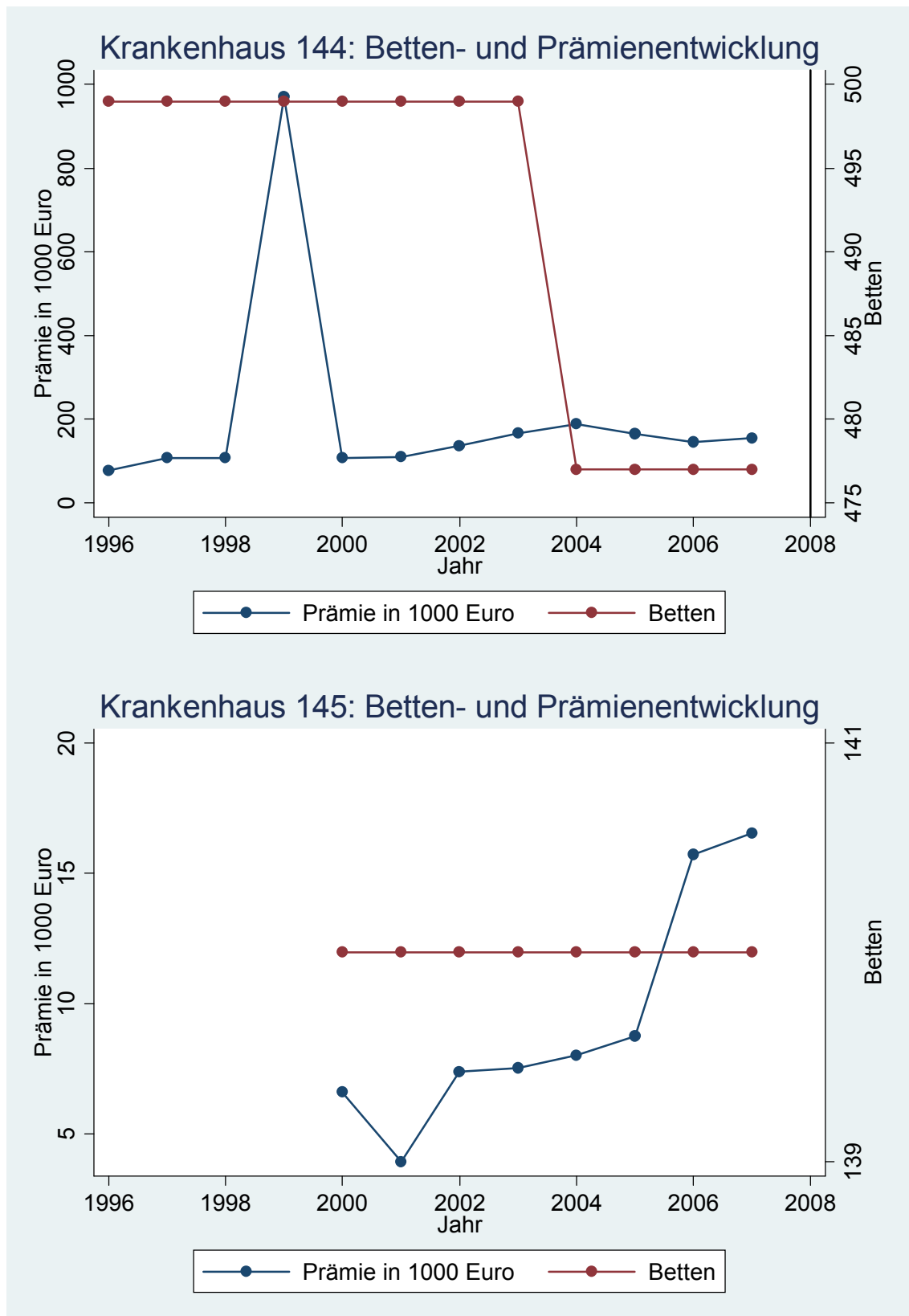
Krankenhaus 140: Prämienentwicklung



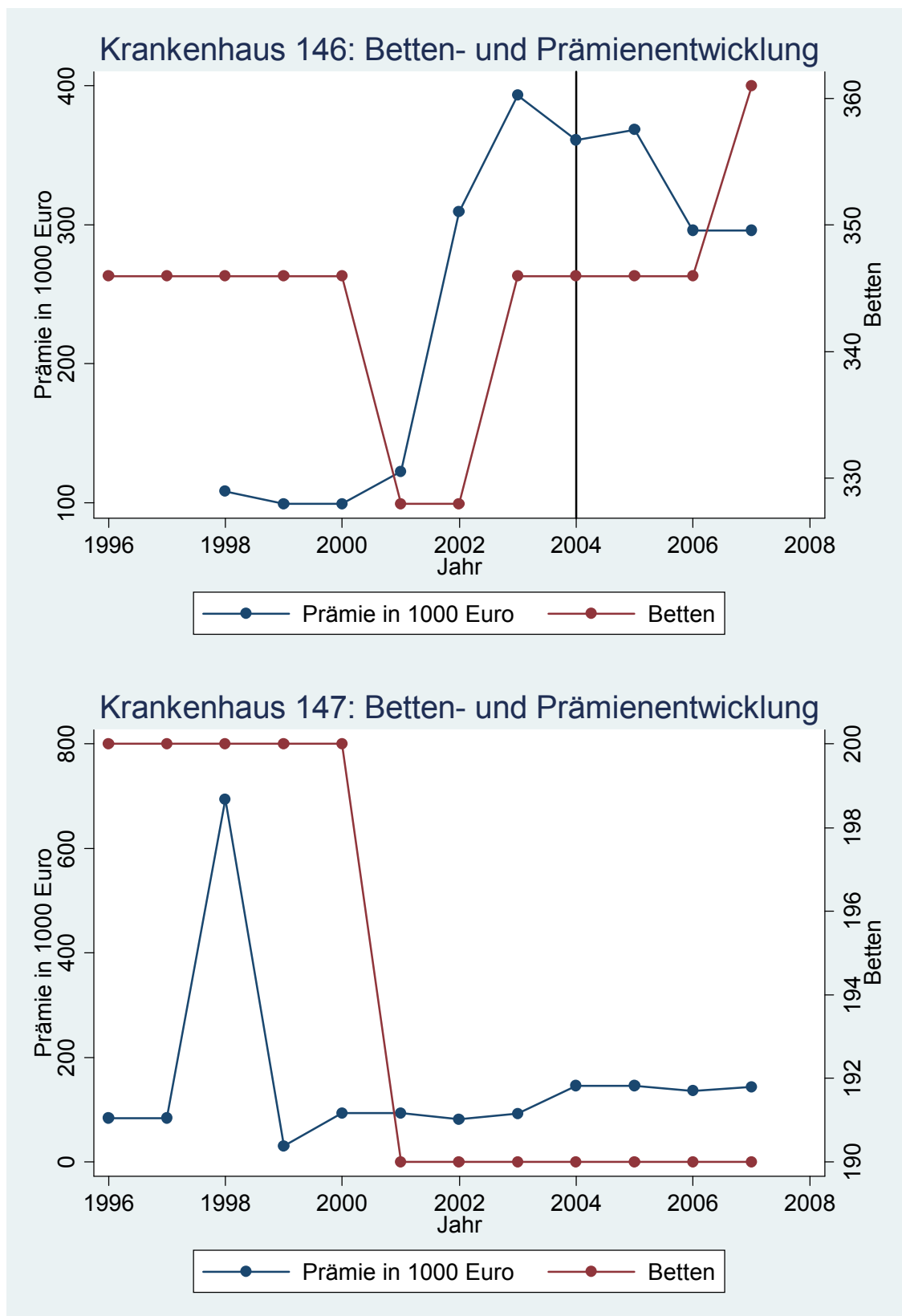
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



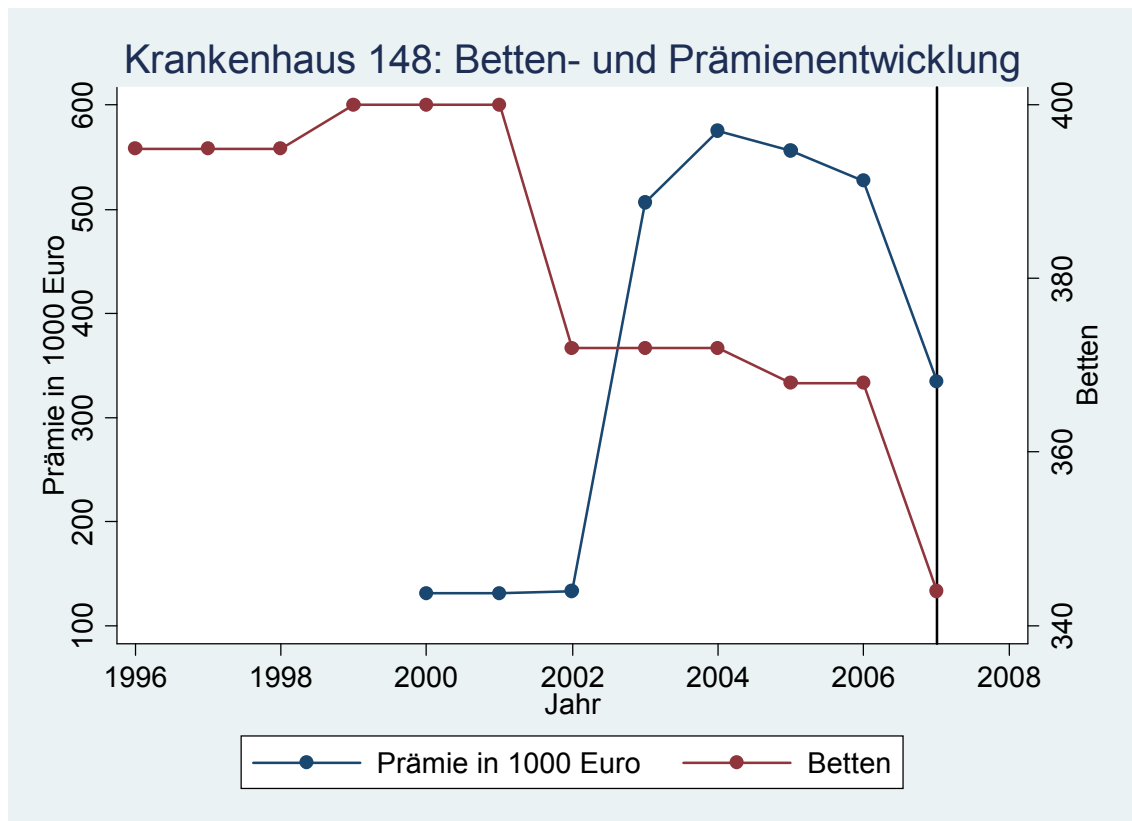
Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



Legende: Die senkrechte Linie markiert den Zeitpunkt der Einführung von Risikomanagement.



Universität Duisburg-Essen, Alfred Krupp von Bohlen und
Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement, 45127 Essen

Universität Duisburg-Essen

**Alfried Krupp von Bohlen und
Halbach-Stiftungslehrstuhl für
Medizinmanagement**

**Univ.-Prof. Dr. Jürgen Wasem
Lehrstuhlinhaber**

Im Juli 2007

Bundesweite Erhebung zum Thema Risikomanagement im Gesundheitswesen

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen eines aus eigenen Mitteln finanzierten Forschungsvorhabens führt eine Mitarbeiterin von mir eine Untersuchung zum Thema:

**Risikomanagement im Gesundheitswesen – Eine ökonomische Nutzen-Bewertung
unter Einbezug der Haftpflichtversicherungsprämien**

in deutschen Krankenhäusern durch.

Aus diesem Grund schicken wir Ihnen den beigefügten, zweiseitigen Fragebogen mit der Bitte, ihn möglichst vollständig, innerhalb des pdf-Dokuments, auszufüllen und zurückzusenden.

Wir versichern Ihnen, dass ihre Angaben nur zu Forschungszwecken ausgewertet und in anonymisierter Form verarbeitet werden.

Erlauben Sie mir den zusätzlichen Hinweis, dass meine Mitarbeiterin die Ergebnisse dieser schriftlichen Befragung für ihr Promotionsvorhaben benötigt und somit auf Ihre freundliche Mithilfe angewiesen ist.

Sollten Sie Fragen zu diesem Projekt haben, so wenden sie sich direkt an meine Mitarbeiterin.

Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie den ausgefüllten Fragebogen bis zum 30. September 2007, mit Hilfe der vorgesehenen Rücksende-Schaltfläche innerhalb des Fragebogens, per Email zurücksenden. Ebenso können Sie den Fragebogen auch per Post oder per Fax schicken.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

(Prof. Dr. Jürgen Wasem)

(Dipl.-Kffr. Dorothee R. Klocke)

Kontaktdaten:
aus Datenschutzgründen
gelöscht

Bundesweite Umfrage zum Thema Risikomanagement im Gesundheitswesen

Frage 1:

Bitte geben Sie uns einige Informationen zu Ihrem Haus:

a. Träger

☐ Öffentlicher Träger

☐ Privater Träger

☐ Freigemeinnütziger Träger

b. Bundesland

c. Existiert in Ihrem Haus
eine gynäkologische/
geburtshilfliche Abteilung?

☐ Ja

☐ Nein

Frage 2:

Haben Sie in Ihrem Haus Maßnahmen und Instrumente des Risikomanagements umgesetzt?

☐ Ja, wir haben Maßnahmen und Instrumente
des Risikomanagements umgesetzt, und zwar: *(Mehrfachnennung möglich)*

☐ (anonymes) Fehler-/Risikomeldesystem
(z.B. CIRS)

☐ Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse
(FMEA)

☐ Risikoprofil mit Maßnahmenkatalog

☐ Analyse der Komplikationsraten

☐ Beschwerdemanagement

☐ Pfad-/Prozessmanagement

(weiter mit Frage 3)

☐ Es werden andere Maßnahmen
und Instrumente eingesetzt, z.B.:

(weiter mit Frage 3)

☐ Nein, wir haben keine Maßnahmen und Instrumente
des Risikomanagements umgesetzt.

(weiter mit Frage 5)

Frage 3:

Wie umfassend und wann haben Sie die Maßnahmen des Risikomanagements umgesetzt?

☐ Umfassende Einführung im
gesamten Haus

Jahr der Einführung:

(weiter mit Frage 4)

☐ In einzelnen Abteilungen, und zwar:

Jahr:
Jahr:
Jahr:
Jahr:

(weiter mit Frage 4)

Bundesweite Umfrage zum Thema Risikomanagement im Gesundheitswesen

Frage 4:

Führen Sie bis heute Risikomanagement aktiv durch?

☐ Ja, wir führen dauerhaft
Risikomanagement durch.

(weiter mit Frage 5)

☐ Nein, Risikomanagement war ein zeitlich
begrenztes Projekt.

Zeitraum:

von bis

(weiter mit Frage 5)

Frage 5:

Liegt eine Haftpflichtversicherung für Ihr Haus vor?

☐ Ja, es liegt eine
Haftpflichtversicherung vor.

(weiter mit Frage 6)

☐ Nein, es wird auf andere Lösungen
zurückgegriffen. (Selbstversicherung,
Fonds etc.)

(weiter mit Punkt 8)

Frage 6:

Auf welcher Grundlage wird Ihre Haftpflichtversicherungsprämie ermittelt?

☐ Bettenprämie

(weiter mit Frage 7)

☐ Prämie auf Grundlage von
Behandlungsfällen
Jahr der Einführung:

(weiter mit Frage 7)

☐ Prämie auf DRG-Basis

Jahr der Einführung:

(weiter mit Frage 7)

Frage 7:

Wie entwickelte sich Ihre Prämie in den letzten Jahren?

Jahr:	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
kumulierte Prämie f. das ges. Haus:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Planbetten- anzahl:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Punkt 8:

Vielen Dank für Ihre freundliche Unterstützung! Wir bitten Sie, den ausgefüllten Fragebogen bis zum 30. September 2007, mit Hilfe der untenstehenden Rücksende-Schaltfläche, als Email zurückzuschicken. Dies ist nur möglich, wenn Sie über einen Email-Client (Outlook o.ä.) verfügen. Andernfalls drucken Sie den Fragebogen bitte aus und senden ihn per Post oder per Fax an unten aufgeführte Kontaktdaten.

Fragebogen zurücksenden



Universität Duisburg-Essen, Alfried Krupp von Bohlen und
Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement, 45127 Essen

Universität Duisburg-Essen

**Alfried Krupp von Bohlen und
Halbach-Stiftungslehrstuhl für
Medizinmanagement**

**Univ.-Prof. Dr. Jürgen Wasem
Lehrstuhlinhaber**

Universität Duisburg-Essen, Lehrstuhl für Medizinmanagement

Krankenhaus
Geschäftsführer/-in
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort

Im März 2008

Bundesweite Erhebung zum Thema Risikomanagement im Gesundheitswesen

Sehr geehrter Herr/ Sehr geehrte Frau,

im Rahmen eines, aus (lehrstuhl-) eigenen Mitteln finanzierten, Forschungsprojekts führt eine Mitarbeiterin von mir eine Untersuchung zum Thema:

**Risikomanagement im Gesundheitswesen – Eine ökonomische Nutzen-Bewertung
unter Einbezug der Haftpflichtversicherungsprämien**

in deutschen Krankenhäusern durch.

Aus diesem Grund schicken wir Ihnen den beigefügten, zweiseitigen Fragebogen mit der Bitte, ihn möglichst vollständig auszufüllen und zurückzuschicken.

Wir versichern Ihnen, dass ihre Angaben nur zu Forschungszwecken ausgewertet und in anonymisierter Form verarbeitet werden. Die wesentlichen Ergebnisse werden Ihnen bei Teilnahme selbstverständlich nach Abschluss des Projektes zugesandt.

Erlauben Sie mir den zusätzlichen Hinweis, dass meine Mitarbeiterin die Ergebnisse dieser schriftlichen Befragung für ihr Promotionsvorhaben benötigt und somit auf Ihre freundliche Mithilfe angewiesen ist. Sollten Sie Fragen zu diesem Projekt haben, so wenden sie sich direkt an meine Mitarbeiterin.

Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie den ausgefüllten Fragebogen bis zum

16. Mai 2008 per Fax an (aus Datenschutzgründen gelöscht)

oder auch per Post an unten aufgeführte Kontaktdaten zurückschicken.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

(Prof. Dr. Jürgen Wasem)

(Dipl.-Kffr. Dorothee R. Lümmer)

Kontaktdaten:
*aus Datenschutzgründen
gelöscht*

Anlage: Fragebogen (2 Seiten)

Bundesweite Umfrage zum Thema Risikomanagement im Gesundheitswesen

Frage 1:

Bitte geben Sie uns einige Informationen zu Ihrem Haus:

a. Träger

☐ Öffentlicher Träger

☐ Privater Träger

☐ Freigemeinnütziger Träger

b. Bundesland

c. Existiert in Ihrem Haus
eine gynäkologische/
geburtshilfliche Abteilung?

☐ Ja

☐ Nein

Frage 2:

Haben Sie in Ihrem Haus Maßnahmen und Instrumente des Risikomanagements umgesetzt?

☐ Ja, wir haben Maßnahmen und Instrumente
des Risikomanagements umgesetzt, und zwar: *(Mehrfachnennung möglich)*

☐ (anonymes) Fehler-/Risikomeldesystem
(z.B. CIRS)

☐ Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse
(FMEA)

☐ Risikoprofil mit Maßnahmenkatalog

☐ Analyse der Komplikationsraten

☐ Beschwerdemanagement

☐ Pfad-/Prozessmanagement

(weiter mit Frage 3)

☐ Es werden andere Maßnahmen
und Instrumente eingesetzt, z.B.:

(weiter mit Frage 3)

☐ Nein, wir haben keine Maßnahmen und Instrumente
des Risikomanagements umgesetzt.

(weiter mit Frage 5)

Frage 3:

Wie umfassend und wann haben Sie die Maßnahmen des Risikomanagements umgesetzt?

☐ Umfassende Einführung im
gesamten Haus

Jahr der Einführung:

(weiter mit Frage 4)

☐ In einzelnen Abteilungen, und zwar:

Jahr:
Jahr:
Jahr:
Jahr:
Jahr:

(weiter mit Frage 4)

Bundesweite Umfrage zum Thema Risikomanagement im Gesundheitswesen

Frage 4:

Führen Sie bis heute Risikomanagement aktiv durch?

☐ Ja, wir führen dauerhaft
Risikomanagement durch.

(weiter mit Frage 5)

☐ Nein, Risikomanagement war ein zeitlich
begrenztes Projekt.

Zeitraum:

von bis

(weiter mit Frage 5)

Frage 5:

Liegt eine Haftpflichtversicherung für Ihr Haus vor?

☐ Ja, es liegt eine
Haftpflichtversicherung vor.

(weiter mit Frage 6)

☐ Nein, es wird auf andere Lösungen
zurückgegriffen. (Selbstversicherung,
Fonds etc.)

(weiter mit Punkt 8)

Frage 6:

Auf welcher Grundlage wird Ihre Haftpflichtversicherungsprämie ermittelt?

☐ Bettenprämie

(weiter mit Frage 7)

☐ Prämie auf Grundlage von
Behandlungsfällen
Jahr der Einführung:

(weiter mit Frage 7)

☐ Prämie auf DRG-Basis

Jahr der Einführung:

(weiter mit Frage 7)

Frage 7:

Wie entwickelte sich Ihre Prämie in den letzten Jahren?

Jahr:	1996	1997	1998	1999	2000	2001
kumulierte Prämie f. das ges. Haus:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Planbetten- anzahl:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
kumulierte Prämie f. das ges. Haus:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Planbetten- anzahl:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Punkt 8:

Vielen Dank für Ihre freundliche Unterstützung!

Wir bitten Sie, den ausgefüllten Fragebogen bis zum 16. Mai 2008 per

Fax oder per Post zurückzuschicken.